ADOLPHO
Lutz
OBRA COMPLETA

VOLUME 1
Suplemento

Sumário – Glossário – Índices

Contents – Glossary – Indexes

Edição e Organização

Jaime L. Benchimol • Magali Romero Sá

ISBN: 85-7541-045-8

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

B457p Benchimol, Jaime L.
Trabalhos de Adolph Lutz publicados no volume I = Adolpho Lutz works published in volume I. / editado e organizado por Jaime L. Benchimol e Magali Romero Sá. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

456 p. (Adolpho Lutz Obra Completa, v.1. Suplemento)

Sumário em português e inglês.
Glossário em português e inglês.
Índices em português, alemão e inglês.

1.Adolpho Lutz 2.Pessoas famosas. 3.Obras de referência. I.Sá, Magali Romero. II.Título.

CDD - 20.ed. – 011.02

2004
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Fax: (21) 3882-9007
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

Sumário/Contents

Trabalhos de Adolpho Lutz publicados no volume I

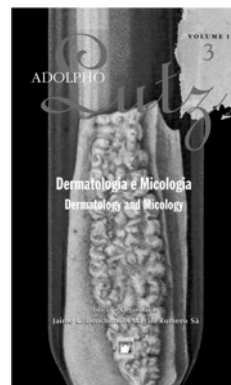
Adolpho Lutz Works published in volume I

Capas dos livros/Books Covers

Livro 1/Book 1

Leydig, S. *Naturgeschichte der Daphnidae (Crustacea Cladocera)*. Tübingen, Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung, 1860.

Livro 2/Book 2

Jackson, John. *Lepers: thirty-six years' work among them*. London/Edinburgh, Marshall Brothers, 1911.

Livro 3/Book 3

Magalhães, Octavio. Nova micose humana. Estudo sobre a morfologia e biologia do "Oidum brasiliense", n. sp., agente etiológico de uma nova moléstia do homem. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, t.X, fasc.I, p.20-64.

Livro 1
Primeiros trabalhos: Alemanha, Suíça e Brasil (1878-1883)

1878

Beobachtungen über die Cladoceren der Umgegend von Leipzig, p.255-60
Observações sobre os cladóceros dos arredores de Leipzig, p.261-65
[*Observations on Cladocera on the Outskirts of Leipzig*]

Observações
Publicado originalmente em *Sitzungsberichte der Naturforschenden Gesellschaft zu Leipzig*, v.5, n.4-9, p.36-41.

Resumo/Abstract
Comunicação apresentada à Sociedade de Ciências Naturais de Leipzig. Relata as conclusões de investigação incompleta realizada nos meses de outubro e novembro de 1877 e no decorrer do verão de 1878. Inclui relação das espécies de cladóceros observadas, suas variedades e os locais onde foram encontradas. Em alguns casos, menciona a época de aparecimento dos machos.

Communication presented to Leipzig's Natural Sciences Society. It displays the conclusions of the investigation that took place in October-November 1877 and in the summer of 1878. It also lists the Cladocera species that were observed, their varieties and the locations where they were found. In some cases, it mentions the period when males show up to mate.

1879

Untersuchungen über die Cladoceren der Umgebung von Bern, p.269-77
Investigações sobre os cladóceros da região de Berna, p.279-88
[*Investigating Cladocera in the city of Bern and outskirts*]

Observações
Publicado originalmente em *Mitteilungen der Naturforschenden Gesellschaft in Bern*. p.38-54.

Resumo/Abstract
Comunicação apresentada à Sociedade de Ciências Naturais de Berna. Relaciona as 42 espécies de cladóceros observadas e as localidades onde foram encontradas, destacando as variações de forma não descritas em trabalhos anteriores. Conclui que, de maneira geral, a fauna investigada apresentava grande similitude com as de outras regiões, estando inserida numa grande área zoológica que cobria toda a Europa Central e Ocidental.

Communication presented to Bern's Natural Science Society. It lists 42 Cladocera species and the locations where they were found, emphasizing form varieties that had not been described before. It comes to the conclusion that the fauna under investigation shows great similarity with that found in other regions, as part of a quite large zoological area that spread throughout Central and Western Europe.

1880

Ein Fall von acuter fibrinöser Bronchitis, p.293-96
Um caso de bronquite fibrinosa aguda, p.297-300
[*A Case of Acute Fibronous Bronchitis*]

Observações
Publicado originalmente em *Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, v.10, n.15, p.488-91.

Resumo/Abstract
Relatório escrito por Lutz na qualidade de médico assistente do Hospital Cantonal de St. Gallen. Descreve a evolução clínica de um caso de bronquite fibrinosa aguda, analisando o quadro clínico anterior da paciente e o primeiro diagnóstico: bronquite crupal ou alguma doença diftérica primária das vias aéreas. Lutz avalia o tratamento adotado e sugere como melhor terapêutica preparados à base de quebracho e o estímulo à expectoração através de substância emética.

Report written by Lutz as assistant doctor at St. Gallen Canton Hospital. It describes the clinical evolution of a case of acute fibronous bronchitis and analyzes the previous general health reports on the patient and the first diagnosis: croup-associated bronchitis or a kind of primary diphtheria. Lutz analyzes the procedures taken and suggests a more efficient treatment, prepared with quebracho *(a South American plant), as well as the use of emetic substances to help expectoration.*

1880 - 1881

Ueber die therapeutische Wirkung der Quebrachopräparate, p.305-50
Sobre o efeito terapêutico do quebracho-colorado, p.351-75
[*On the Therapeutic Effect of Quebracho Colorado*]

Observações
Tese submetida à Faculdade de Medicina da Universidade de Berna, em 28 de julho de 1880 (Bern, Buchdruckerei von K. J. Wyss, 48p.) e traduzida por iniciativa de Adolpho Lutz para validar seu diploma junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: G. Leuzinger & Filhos, [1880]. 35p.

Resumo/Abstract
Apresenta os resultados de estudo sobre as propriedades terapêuticas do quebracho-colorado. Descreve as experiências feitas com uma preparação extraída da planta, analisando sua influência sobre a freqüência respiratória, a freqüência do pulso e a temperatura de indivíduos sãos ou acometidos de qualquer forma de dispnéia. Examina o emprego do quebracho-colorado no tratamento de vários tipos

de doenças respiratórias observados na clínica médica da Universidade de Berna e no Hospital Cantonal de St. Gallen. Tal como Francisco Penzoldt havia observado para o quebracho-branco, conclui que as drogas à base de quebracho-colorado também poderiam ser utilizadas com sucesso nos mais variados tipos de dispnéia, sugerindo que os princípios ativos de ambas as matérias deveriam ser idênticos ou bastante similares. Ao final do trabalho, apresenta, por exigência da instituição carioca, seis aforismos de Hipócrates e uma proposição geral sobre cada uma das disciplinas ministradas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Lutz's thesis on the study of quebracho-colorado *and its therapeutic properties. It describes the experiments with the plant extract and analyzes its influence on breathing frequency, pulse and body temperature of healthy individuals and of dyspnea patients. It also analyzes the use of quebracho-colorado in the treatment of several kinds of respiratory diseases at Bern University clinic and at St. Gallen Canton Hospital. As Francisco Penzoldt had observed in relation to quebracho-branco, Lutz came to the conclusion that quebracho-colorado-based drugs could also be successfully used in several types of dyspnea, suggesting that the active compounds of both plants should be either identical or quite similar. At the end of the paper, as required by the Brazilian institution, there are six aphorisms by Hypocrates and a general proposition on each one of the subjects taught at Rio de Janeiro Medical School.*

1881 - 1883

Cantonale Correspondenzen. Quebracho colorado, p.381-2
Correspondência Cantonal. Quebracho-colorado, p.383-4
[*Cantonal Correspondence. Quebacho Colorado*]

Observações
Publicado originalmente em *Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, Basel, [s.n.]. v.11, n.21, p.697-8.

Resumo/Abstract
Exposição sintética sobre a utilização terapêutica do quebracho-colorado, destacando seu efeito atenuante das diversas formas de dispnéia. Inclui observações sobre o uso de preparados obtidos da planta, e lista os resultados auferidos pelo autor no tratamento de várias enfermidades respiratórias.

Summary of Lutz's thesis on the therapeutic use of quebracho-colorado, emphasizing its relieving effects in many kinds of dyspnea. It also comprehends observations on the medical use of the plant and a list of results observed by the author in the treatment of several breathing diseases.

Cantonale Correspondenzen. Brasilien, p.385-9
Correspondência Cantonal. Brasil, p.391-6
[*Cantonal Correspondence. Brazil*]

Observações
Publicado originalmente em *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, v.12, n.7, p.210-4.

Resumo/Abstract

Artigo sobre a situação da medicina no Brasil. Direcionado aos médicos suíços, descreve a organização do ensino médico e os requisitos para o exercício da profissão no país, destacando os que se aplicavam aos médicos com formação no exterior. Analisa a reforma do sistema de ensino recém-iniciada, e aponta vários obstáculos ao desenvolvimento das escolas brasileiras. Relata, ainda, o trâmite seguido pelo autor para validar seu diploma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e faz considerações sobre as perspectivas de exercício da profissão nas capitais e nas cidades do interior.

Article on Medicine in Brazil. Addressed to Swiss doctors, it describes how medical schools are organized, as well as the requirements for professional medical activity in the country, emphasizing those demanded of doctors who had their degrees abroad. It also analyzes the education reform started a while before and lists many of the obstacles to the development of Brazilian schools. Moreover, it narrates all the paper work the author went through in order to validate his diploma according to Rio de Janeiro Medical School requirements and comments on professional perspectives in capital cities and in the interior of the country.

Cantonale Correspondenzen. Ausland. Brasilien, p.397
Correspondência Cantonal. Exterior. Brasil, p.399
[*Cantonal Correspondence. Foreign. Brazil*]

Observações

Publicado originalmente em *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.* Basel: [s.n.]. v.13, n.1, p.30.

Resumo/Abstract

Trecho de uma carta de Lutz, então radicado em Limeira (SP), à redação do periódico. Manifesta interesse em enviar informações sobre sua prática. Promete remeter material sobre geografia médica, malária e parasitas, especialmente o *Ankylostomum duodenale*. Diz também que está reunindo observações acerca das influências do clima e da raça humana sobre diversas doenças.

Part of a letter Lutz wrote to the editors of Boletim de Correspondência para Médicos Suíços *when he was living in Limeira (SP). He offers to send them scientific information on topics he dealt with in his everyday practice. He promises to send them data on medical geography, malaria and parasites, mainly* Ankylostomum duodenale. *He also says he is gathering information on the influence of climate and races on several diseases.*

Livro 2
Trabalhos sobre hanseníase

1886

Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra, p.209-32
On the Morphology of the Microorganism of Leprosy, p.233-45
Sobre a morfologia do micrororganismo da lepra, p.247-60

Observações
Publicado originalmente em Dermatologische Studien, Hamburgo e Leipzig: Editora Leopold Voss, 1886. 1º caderno. p.1-24.
Publicado também em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 1886. p.77-100.

Resenhas
por Baumgarten, P. em *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Microorganismen.* Braunschweig: Harald Bruhn, v.2. p.250-1. 1887.
*Friedländer's Fortschritte der Medi*zin (Kokkothrix leprae). 1886.
Vierteljahresschrift Derm. Syph.. n.18, p.331-4. 1886.
por Carl Hochsinger em *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, v.7, p.425-7. [1886].

Resumo/Abstract
Estudo sobre a estrutura e biologia dos microrganismos da lepra e da tuberculose. Descreve em detalhe a morfologia dos germes, ressaltando seu aspecto granular. Contesta a classificação destes no gênero *Bacillus* e propõe a adoção de nova categoria chamada *Coccothrix*, nome posteriormente suplantado pela inclusão dos microrganismos no gênero *Mycobacterium*. Inclui figuras e nota introdutória provavelmente redigida por Gualter Adolpho Lutz.

Study of the structure and biology of leprosy and tuberculosis microorganisms. It thoroughly describes the morphology of germs, emphasizing their granular aspect. It contests their classification as Bacilli *and proposes a new category called* Coccothrix*, which was later dropped due to the inclusion of those micro-organisms in the genus* Mycobacterium. *It also contains illustrations and an introduction probably written by Gualter Adolpho Lutz.*

Ueber die Beziehungen zwischen Stäbchen und Coccen, p.263-7
Sobre as relações entre bastonetes e cocos, p.269-72
[*On the Relations Between Rod-formed Bacillus and Coccus*]

Observações
Publicado originalmente em *Fortschritte der Medicin unter Mitwirkung Hervorragender Fachmänner herausgegeben.* Berlin: Fischer´s medicinischer

Buchhandlung, v.4, n.10, p.327-31. 1886.
Resenha publicada em *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen*, v.2, p.366. 1886.

Resumo/Abstract

Analisa as características distintivas dos bacilos e micrococos. Sustenta a existência de muitas formas intermediárias entre as duas configurações, não cabendo, portanto, classificá-las em ordens totalmente distintas. Apresenta descrição das diversas formas assumidas pelos micrococos e relaciona as dificuldades para identificação de algumas delas à utilização de métodos de preparação inadequados. Para esses casos, sugere a utilização de novo método derivado do método de Gram. As formas observadas por meio desse novo método levam o autor a propor a inclusão dos microrganismos da lepra e da tuberculose no gênero *Coccothrix*.

It analyzes the distinctiv e characteristics of bacilli and micro-coccus. It affirms the existence of several intermediate forms between the two of them, which leads to the impossibility of classifying them as totally different orders. It describes different forms that micro-coccus can take and attributes the difficulties in identifying some of them to the use of inappropriate methods. In these cases, it suggests the use of a new method derived from Gram's. The observed forms lead the author to propose the inclusion of leprosy and tuberculosis microorganisms in the genus Coccothrix.

1887

Mitteilungen über Lepra. Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen von Dr. Adolph Lutz in Limeira (Brasilien), p.257-312
Estudos sobre a lepra segundo observações realizadas no Brasil, pelo Dr. Adolpho Lutz, de Limeira (Brasil), p.313-37
Études sur la lèpre au Brésil par A. Lutz, p.339-48
[*Studies on Leprosy according to Dr. Adolpho Lutz's observations in Limeira, Brazil*]

Observações

Publicado originalmente em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*. Hamburgo: Leopold Voss, v.6, n.9, p.387-93; 504-20; 546-60. 1887.
Doyon, A. Études sur la lèpre au Brésil, par A. Lutz. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, v.8, p.569-70; 576-82; 784; 796-801. 1887. Versão resumida em francês.

Resumo/Abstract

Examina vários aspectos da lepra à luz dos estudos existentes, destacando, sempre que possível, suas manifestações no Brasil. Relata a incidência e distribuição da doença no país e analisa sua possível conexão com fatores étnicos, sexuais ou etários. Rejeita uma série de concepções sobre sua etiologia e transmissão, refutando, por falta de comprovação, a hipótese da hereditariedade da doença e a possibilidade do contágio direto. Considera, assim, o confinamento dos doentes em leprosários uma medida, não só desumana, mas ineficaz. Analisando as peculiaridades da transmissão indireta, formula, pela primeira vez, em caráter ainda hipotético, a teoria de a lepra ser transmitida por um inseto

sugador de sangue, teoria que defenderia até o fim de sua vida. Analisa ainda as diversas formas da lepra, sua evolução e quadro sintomático. Também examina a terapêutica utilizada então, descrevendo experiências feitas pelo autor com vários medicamentos manipulados.

Analysis of several aspects of leprosy according to the information existing at the time, emphasizing their occurrence in Brazil. It shows the occurrence of the disease according to Brazilian regions and analyzes its possible relation with race, gender and age factors. In this text, Lutz rejects a series of concepts on the etiology and transmission of the disease and, due to the lack of evidence, refuses the hypothesis of inheritance and contagion through direct contact. Thus, he considers the confinement of the diseased in leprosaria a cruel and ineffective procedure. Analyzing the peculiarities of indirect contagion, for the first time and still hypothetically, Lutz formulates the theory that leprosy is transmitted by a bloodsucking insect, which he would defend to the end of his life. He still analyzes the different types of leprosy, its evolution and symptoms. The author also analyzes therapeutic procedures used at the time and describes experiments he carried out with several medicinal preparations.

Relatório do Dr. Lutz comunicado ao Dr. Azevedo Lima, p.349-52
[*Dr. Lutz's report addressed to Dr. Azevedo Lima*]

Observações
Publicado originalmente por LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Relatório do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, 1887: Trabalho do Dr. Adolpho Lutz comunicado do Dr. Azevedo Lima. In: SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil.* Períodos Colonial e Monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946. v.I. p.491-3. Relatório escrito no Rio de Janeiro em 4 de julho de 1887. p.24-32.

Resumo/Abstract
Relatório apresentado ao Dr. José Jeronymo de Azevedo Lima, diretor do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. Sintetiza os resultados até então obtidos nos trabalhos sobre a histologia da lepra. Analisa os mais importantes processos de coloração utilizados no estudo do microrganismo causador da doença, descrevendo o método desenvolvido pelo autor e os de Ehrlich, Gram e Gottstein. Também examina o modo de distribuição do *Bacillus leprae* sobre os órgãos afetados e as diversas formas apresentadas pelo micróbio.

Report presented to dr. Jeronymo de Azevedo Lima, the head director of Hospital dos Lázaros in Rio de Janeiro at the time. It summarizes all the results obtained through his researches on the histology of leprosy. It analyzes the most important coloring processes used in the study of the microorganism that causes the disease and describes the method the author developed, as well as Ehrlich's, Gram's and Gottstein's methods. It also discusses the distribution of Bacillus leprae *over the affected organs and several of the forms the microbe can take.*

1890 - 1892

Havaí, arquipélago distante, p.355-66
[*Hawaii, distant archipelago*]

Observações
Conferência realizada em São Paulo, sem data. Trabalho inédito. Originais datilografados e revistos por Gualter Adolpho Lutz. BR. MN. Arquivo. Fundo Adolpho Lutz.

Resumo/Abstract
Descreve minuciosamente as características humanas e naturais das diversas ilhas que compunham o arquipélago do Havaí. Considera aspectos hidrográficos e geológicos, ressaltando a presença de erupções vulcânicas ativas e inativas, e climáticos. Relata também as atividades agrícolas das regiões e o fluxo comercial entre elas.

The text thoroughly describes natural and human characteristics on several islands of the Hawaiian archipelago. It includes geological and hydrographic aspects, with emphasis on the presence of active and inactive volcanoes and on the climate. It also describes farming activities in each region and the commercial activities that connect all the regions one to another.

Report of Dr. A. Lutz to Dr. J. H. Kimball, President of the Board of Health, p.369-75

Observações
Relatório incluído em *Biennial Report of the President of Board of Health to the Legislature of the Hawaiian Kingdom*, session of 1890. Honolulu: Hawaiian Gazette, 1890. p.69-83.

Resumo/Abstract
Relatório enviado ao diretor do Conselho de Saúde do Havaí. Relata atividades realizadas na Receiving Station de Kalihi. Descreve o estado dos doentes levados ao leprosário e as dificuldades para iniciar a terapêutica, uma vez que a estação não possuía a infra-estrutura necessária a um hospital. Cita, em seguida, os resultados do tratamento e faz várias observações sobre os remédios empregados: óleo de chalmugra, salol, salicilato de sódio, nitrato de prata, ácido arsênico, entre outros. Na parte final do relatório, faz algumas considerações gerais sobre a lepra.

Report sent to the head of Hawaii Health Council. It describes the activities carried out at Kalihi Receiving Station. It describes the patients' conditions when they were taken in and the difficulties to start treatment in a station that lacked the necessary infrastructure. Moreover, it shows the results they achieved and several observations on the remedies used. At the end of the report, there are general considerations on leprosy.

Manuscritos inéditos: esboço de um tratado sobre lepra (1891-92), p.377-461
Unpublished manuscripts: draft of a treatise on Leprosy (1891-92)

Observações
Manuscritos não publicados. BR. MN. Arquivo. Fundo Adolpho Lutz, caixa 21, pasta 254.

Resumo/Abstract

Originais inéditos e incompletos de um tratado sobre lepra que Lutz pretendeu escrever durante sua permanência no Havaí e na Califórnia. Compõe-se de cinco fragmentos extraídos de um conjunto de textos em estágios diferentes de elaboração e acabamento. O primeiro fragmento é constituído pelo índice do programa de trabalho que o autor pretendia realizar. No segundo, estão incluídos o prefácio e a introdução à obra, além de uma discussão sobre o conceito de lepra e seus sinônimos. Traz ainda o histórico da doença e sua distribuição geográfica pelos diversos continentes. No terceiro fragmento, Lutz retoma a história e a geografia da lepra e desenvolve mais alguns itens do projeto. Examina as manifestações clínicas, a etiologia e a anatomia patológica da doença, as tentativas de transmissão experimental e as técnicas de cultivo do bacilo. O quarto fragmento, aparentemente o esboço de um prefácio, anuncia a intenção do autor de apresentar um quadro exaustivo da terapêutica da lepra, examinando as conquistas já obtidas e as perspectivas para o futuro. No quinto e último fragmento, são apresentadas as respostas de vários especialistas a consulta feita pelo governo do Havaí, observações que provavelmente serviriam de base para o trabalho anunciado no fragmento anterior.

Unpublished drafts for a treatise on leprosy that Lutz intended to write during his stay in Hawaii and in California. The manuscripts here published consist of five fragments extracted from a group of drafts in different stages of composition and editing. The first fragment is the table of contents for the text he intended to write. The second one consists of the preface and the introduction to the treatise, as well as a discussion of leprosy as a concept and its synonyms. It also contains the history of the disease and its geographic distribution over the continents. In the third fragment, once more Lutz goes over the history and the geography of leprosy and develops some items of his project. He analyzes the clinical manifestations of the disease, its etiology and its anatomy, as well as transmission experiments and the cultivation of the bacillus. In the fourth fragment, apparently a draft for the preface, he declares his intention to present an exhaustive chart of leprosy treatment procedures, analyzing achievements and future perspectives. In the fifth and last fragment, he presents the answers given by several specialists to a questionnaire issued by the Hawaiian government. These were probably the observations on which Lutz would base the text announced in the previous fragment.

Leprophobia, p.463-5
Leprofobia, p.467-9

Observações

Publicado originalmente em *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, New York, v.10, n.12, p.477-9. Versão em português publicada em *Revista Médica de São Paulo*, v.1, n.9, p.165-6, out. 1898.
Resenha publicada em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, v.19, p.648. 1892.

Resumo/Abstract

Artigo escrito com a finalidade de combater a difusão da “leprofobia”, termo criado pelo autor para caracterizar indivíduos com predisposição hipocondríaca que manifestavam medo infundado de contrair a lepra. Cita como fatores responsáveis pelo surgimento do fenômeno a crença na contagiosidade da doença, a aceitação, não comprovada, da possibilidade de uma longa incubação e a falta de

conhecimentos seguros sobre a forma e o período das primeiras manifestações da enfermidade. Também relaciona a leprofobia ao modo sensacionalista com que órgãos da imprensa vinham tratando a doença. Como contraponto às opiniões alarmantes, salienta que a hereditariedade da lepra não estava comprovada e que o perigo de contágio era bastante limitado, especialmente nas famílias cujo modo de vida era conforme às normas higiênicas que qualifica de civilizadas.

Article written in order to fight the spreading of 'leprophobia', a term created by the author to name individuals with a tendency to hypochondria and to unreasonable fear of being contaminated by leprosy. He attributes the existence of the phenomenon to the belief that the disease is contagious and that incubation period can be very long – which was not proved. He also points out to the lack of safe information on the forms and the period the first manifestations of the disease begin. He also relates leprophobia to the sensationalist way the press dealt with the issue. As a counterpoint to alarming news, he emphasizes that it had not been proved that leprosy was inherited and that the risk of contagion was quite small, mainly in families whose life standards imply civilized hygiene habits.

1915

Transmission of Leprosy, p.473-6
Transmissibilidade da lepra, p.477-81

Observações
Conferência na Comissão de Profilaxia da Lepra, nov. 1915. Publicada também com o título "A lepra" no *Jornal do Commercio*. Rio de Janeiro, nov. 1915. Reimpresso no *Diário Official do Estado da Bahia*, Bahia, v.1, n.36. p.902-6, dez. 1915; e também em SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar. *História da lepra no Brasil:* Período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956. v.III, p.124-8.
Resenha publicada no *Boletim da Associação Médica Cirúrgica do Rio de Janeiro*, v.1, n.5, p.96-9, dez. 1915

Resumo/Abstract
Comunicação apresentada por Lutz em sessão da Comissão de Profilaxia da Lepra, à qual compareceu o ministro da Justiça e Negócios Interiores, Dr. Carlos Maximiliano. Aborda questões referentes à forma de transmissão da doença. Refuta a tese segundo a qual seria hereditária. Refuta também a suposta contagiosidade da doença, lembrando que haviam fracassado todas as tentativas de replicar o bacilo de Hansen, bem como as experiências de inoculação, indicando que os microrganismos eliminados das mucosas e da pele de indivíduos contaminados morriam ou perdiam a capacidade de contaminação no meio externo. Formula, então, a hipótese de que a lepra fosse transmitida por algum sugador de sangue. De acordo com observações feitas pelo autor no Havaí, seria provavelmente o *Stegomyia fasciata* ou o *Culex fatigans*, principalmente este último. Critica, assim, o confinamento puro e simples dos leprosos como método profilático, propondo a utilização de mosquiteiros e telas para evitar o contato dos doentes com o mosquito.

Oral communication delivered by Lutz at Comissão de Profilaxia da Lepra session, which was attended by the Minister of Justice and National Affairs, dr. Carlos Maximiliano. He discusses some issues related to the transmission of the disease and denies that leprosy is inherited or that one can be contaminated by the diseased. He also stresses out that all the attempts to replicate Hansen's bacillus had failed, as well as inoculation experiments, which indicates that, out of their environment, the microorganisms found in contaminated individuals' mucous membrane and skin either died out or lost their contamination capacity. Lutz then explains the facts that led him to formulate his hypothesis that leprosy was transmitted by some kind of bloodsuckers. Moreover, he explains that, according to his observation in Hawaii, he believed that either Stegomyia fasciata *or, more likely* Culex fatigans *would be the bloodsucking mosquito that transmitted the leprosy bacillus. Due to all these reasons, he criticizes confinement as a prophylactic method and proposes the use of mosquito nets in order to avoid mosquitoes to have contact with the sick.*

Prophylaxis of Leprosy, p.483-6
Profilaxia da lepra, p.487-90

Observações
Conferência na Comissão de Profilaxia da Lepra, dez. 1915. Publicada no *Jornal do Commercio*, dez. 1915. Reimpresso no *Diário Official do Estado da Bahia*, Salvador, v.1, n.36, p.901-2, dez. 1915 e em SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil*: Período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956. v.III, p.129-31.

Resumo/Abstract
Texto que complementa a conferência de 5 de novembro de 1915, também apresentada pelo autor na Comissão de Profilaxia da Lepra. Reforça com novos argumentos a hipótese da transmissibilidade da lepra por dípteros hematófagos e contesta objeções feitas a seu trabalho. Sustenta que aquela hipótese era a única que podia explicar a facilidade de propagação da doença em alguns lugares e sua ausência ou pequena disseminação em outros. Do fato de não ter sido ainda demonstrada a multiplicação do *Bacillus leprae* no mosquito, deduz que a transmissão era pouco freqüente, condição que explicaria a inexistência de epidemias agudas e as dificuldades para se encontrar mosquitos com poder infectante. Afirma ainda que, na fase inicial da doença, as lesões freqüentemente surgiam primeiro no dorso dos pés, na parte superior das mãos ou no rosto, locais condizentes com a transmissão pelos mosquitos.

Complementary text to the lecture delivered by the author to Comissão de Profilaxia da Lepra on November 5th 1915. With new arguments, he reinforces the hypothesis of leprosy transmission by bloodsucking dipterae and counter argues some objections to his work. He sustains that his transmission hypothesis was the only one that could explain the quick spreading of the disease in some places and no dissemination at all in other ones. Starting from the fact the multiplication of the Bacillus leprae *in mosquitoes had not been achieved, he infers transmission is quite unusual, which would explain the fact there are no leprosy epidemics and the difficulty to find contaminating mosquitoes. He states that at the beginning of the disease lesions frequently show on the patients' feet, hands and face, parts of the body mostly bitten by mosquitoes.*

1921 - 1922

Problemas que se ligan al estúdio de la lepra, p.495-9
Problemas que se ligam ao estudo da lepra, p.501-6
[*Problems Related to the Study of Leprosy*]

Observações
Comunicação apresentada ao 2º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphiligrafia realizado em outubro de 1921, em Montevidéu, e à Conferência Americana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em outubro de 1922. Versão em espanhol publicada na *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*, Buenos Aires, Federación Universitaria de Buenos Aires, v.22, n.255. p.2142-8, nov. 1922.

Resumo/Abstract
Expõe resumidamente as conclusões do autor sobre diversas questões ligadas ao estudo da lepra. Analisa os aspectos etiológicos e o modo de transmissão, rejeitando as concepções tradicionais que vinculavam a doença à pobreza, ao contato sexual ou a determinados hábitos alimentares. Também contesta sua suposta transmissão por hereditariedade ou por contágio direto. O transmissor da lepra devia ser procurado entre as espécies de dípteros hematófagos, e, na opinião do autor, os únicos que seriam provavelmente encontrados em todos os focos da doença eram o *Culex pipines* e o *Culex fatigans*. Não excluía, no entanto, o *Stegomyia fasciata* e outras espécies de culicídeos mais ou menos domésticas. Conclui que a opção pelo confinamento dos leprosos devia vir sempre acompanhada da profilaxia contra os mosquitos.

It summarizes the author's conclusions about several issues related to the study of leprosy. It analyzes etiological aspects of the disease and how its transmission takes place, rejecting traditional ideas that used to relate leprosy to poverty, sexual contact or some eating habits. It also contests the current idea that leprosy was either inherited or transmitted through direct contagion. Lutz insists that the transmitter of leprosy should be looked for among the bloodsucking dipterae and that the only ones that could be found in all focuses of the disease were Culex pipines *and* Culex fatigans. *However, he admitted that* Stegomyia fasciata *and other dipterae found in homes could also be responsible for contagion. At the end, he declares that confinement of the diseased should be accompanied by prophylaxis against mosquitoes.*

1932

Transmissão e profilaxia da lepra, p.509-10
[*Transmission and Prophylaxis of Leprosy*]

Observações
Publicado em *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*, São Paulo, v.4, n.36, p.15, mar. 1932.

Resumo/Abstract
Conferência realizada a convite da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Reitera argumentos contrários ao isolamento dos leprosos como

medida capaz de erradicar a enfermidade. Afirma que ela, sem ser diretamente contagiosa, podia se propagar nos lugares que eram considerados focos, identificando entre os dípteros da classe dos culicídeos os principais responsáveis por isso. Salienta que a transmissão ocorria principalmente nos momentos de febre, quando os micróbios entravam na circulação sangüínea. Em vista disso, defende que os casos com períodos febris fossem tratados em quartos separados, completamente protegidos contra os mosquitos. No caso do tratamento em leprosários, sugere que estes fossem construídos em locais isolados, livres de culicídeos e com portas e janelas protegidas contra eles. Também observa a necessidade de inspeções periódicas para evitar a formação de criadouros.

Lecture delivered at Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Once more, he emphasizes his arguments against the isolation of the diseased as a means to eradicate the disease. He states that, without being directly contagious, leprosy can spread within the area of a focus and, among dipterae, he identifies culicidea as the main agent of dissemination. He emphasizes that transmission took place mainly when patients' body temperature was high, that is, when microbes came into blood circulation. Therefore, he recommends that patients with fever be placed and treated in separate rooms, absolutely protected against mosquitoes. As for leprosaria, he recommends they are built in isolated free-of-mosquito areas and have doors and windows protected with mosquito nets. He also points out to the importance of having regular inspections to avoid reproduction foci.

1933

Transmission of Leprosy by Mosquitoes, p.513-4
A transmissão da lepra pelos mosquitos, p.515-6

Observações
Comunicação apresentada à conferência realizada no Rio de Janeiro, em setembro-outubro de 1933. A comunicação de Lutz foi publicada em 1.10.1933, na edição de domingo de dois importantes jornais cariocas: *Jornal do Commercio* ("Conferência para Uniformização da Campanha contra a Lepra. A sessão de ontem. A transmissão pelos mosquitos. O programa de hoje") e *Jornal do Brasil* ("Conferência de Unificação da Campanha contra a Lepra. A transmissão da lepra pelos mosquitos").

Resumo/Abstract
Comunicação apresentada à Conferência para Uniformização da Campanha contra a Lepra, realizada nos meses de setembro e outubro de 1933, à qual estiveram presentes autoridades do governo e representantes de diversas entidades estaduais de combate à lepra. Ratifica tese de que a doença era transmitida por sugadores de sangue, especialmente por culicídeos. Destaca o aumento do número de doenças humanas e animais para as quais se comprovara a transmissão exclusiva por insetos hematófagos. Chama atenção para a antiguidade da teoria, mas constata que poucos leprólogos haviam compreendido a relevância do assunto. Sustenta que a profilaxia contra os mosquitos era, naquele momento, a principal questão a ser enfrentada pelos especialistas. Na parte final do trabalho, lista os principais fatores que impediam a demonstração da transmissão do *Bacillus leprae*, o que, segundo Lutz, tornava indispensável a experiência adquirida no

trato de outras doenças igualmente infecciosas como a malária, a febre amarela e a dengue.

Communication presented at Conferência para Uniformização da Campanha contra a Lepra (Conference for a Uniform Campaign against Leprosy), which took place in September and October 1933 and which was attended by government authorities and representatives from several state institutions engaged in the campaign. It stresses the theory that the disease is transmitted by bloodsuckers, specially culicidae. It points out to the increase of human and animal diseases exclusively transmitted by blood-sucking insects. It emphasizes that although this theory is quite old, few leprologists have realized its relevance. It stresses that prophylaxis against mosquitoes was the main issue specialists should concentrate on at the time. At the end of the paper, there is a list of the main factors that keep the Bacillus leprae *transmission from being demonstrated, which, according to Lutz, leads to the study of the knowledge acquired through the experience in treating other equally contagious diseases, like malaria, yellow fever and dengue fever.*

1936

Entstehung, Ausbreitung und Bekämpfung der Lepra, p.521-59

Surgimento, propagação e combate à lepra, p.561-87

[*Leprosy – beginning, spreading and treatment*]

Observações

Publicado nos *Annaes da Academia Brasileira de Sciencias*, v.8, n.2, p.87-125, jun. 1936. Versão mais extensa deste texto foi publicada nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.31, n.2, p.373-90, maio 1936. Em português, "A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas" (p.373-81), e em inglês, "Transmission of Leprosy and Prophylactic Indications" (p.383-90).

Resumo/Abstract

Revisão crítica dos estudos mais recentes sobre a lepra. Oferece uma visão geral e minuciosa sobre o tema, em especial das discussões sobre sua possível transmissão por mosquitos. Analisa a história e a distribuição geográfica da doença, seus aspectos clínicos, etiológicos e anatomopatológicos, bem como a morfologia do bacilo de Hansen e as técnicas de coloração e cultivo empregadas em seu estudo. Examina, além disso, as tentativas de transmissão experimental e as manifestações similares à lepra observadas em ratos, peixes e outros animais. Descreve, ainda, os principais procedimentos terapêuticos, as técnicas de diagnóstico e os métodos profiláticos empregados no combate à doença. Destaca os argumentos favoráveis à teoria culicidiana e a profilaxia dela decorrente. Inclui bibliografia com as principais fontes consultadas.

Critical review of the most recent studies of leprosy. It offers a general and detailed view on the topic, mainly on the controversial debates on its transmission by mosquitoes. It analyzes the history and the geographic distribution of the disease, its clinical, etiological and anatomic aspects, as well as the morphology of Hansen's bacillus, and coloring and cultivation techniques used at the time. Besides, it analyzes transmission experiments and manifestations similar to those of leprosy as observed in rats, fish and other animals. It also describes the main treatment

procedures, diagnosis techniques and prophylaxis methods used against the disease. It emphasizes arguments for the Culicidae theory and for Culicidae-related prophylaxis. It contains a bibliography with main sources.

Transmission of Leprosy and Prophylactic Indications, p.589-94
A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas, p.595-601

Observações
Publicado em *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.31, n.2, p.373-90, maio 1936. Em português, "A transmissão da lepra e suas indicações profiláticas" (p.373-81), e em inglês, "Transmission of leprosy and prophylactic" (p.383-90). Existe a informação de que o artigo foi recebido para publicação em 13 de abril de 1936, e de que é uma versão resumida de "Entstehung, Ausbreitung und Bekämpfung der Lepra", *Annaes da Academia Brasileira de Sciencias*, v.8, n.2, p.87-125, 1936. Na presente edição das obras de Lutz, publicamos este último texto em alemão e sua versão em português, sob o título "Surgimento, propagação e combate à lepra".

Resumo/Abstract
Resume o artigo "Surgimento, propagação e combate à lepra", publicado nos *Annaes da Academia Brasileira de Sciencias*. Apresenta argumentos contrários às doutrinas da hereditariedade e do contágio direto e defende a teoria culicidiana para explicar a transmissão da doença. Relaciona as principais medidas a serem empregadas no combate ao mosquito.

It summarizes the article "Surgimento, propagação e combate à lepra", published in Annaes da Academia Brasileira de Sciencias. *It presents arguments against the belief leprosy was inherited and that transmission took place through direct contagion, as well as arguments for the theory that stated that the disease was transmitted by Culicidae. It lists the main measures to be taken against the mosquito.*

1938 - 1939

No Control of Leprosy without Anti-Mosquito Campaigns, p.605-8

Observações
Comunicação apresentada na *International Leprosy Conference*, realizada no Cairo no período de 21-28 de março de 1938 (BR. MN. Arquivo. Fundo Adolpho Lutz, caixa 21, pasta 254). Texto não publicado.

Resumo/Abstract
Analisa a transmissão e o combate à lepra a partir da perspectiva culicidiana. Traça breve histórico das possíveis causas da transmissão da doença, apresentando argumentos contrários à tese da hereditariedade e do contágio direto. Propõe sete medidas preventivas centradas no combate geral e regular ao suposto mosquito transmissor.
It analyzes leprosy transmission and combat according to the culicidae perspective. It contains a short history of the disease that points out to possible causes of transmission, with arguments against inheritance and direct contagion. It also suggests several prevention measures focused on a large and regular fight against the mosquito supposed to be the transmitter of leprosy.

The Transmission of Leprosy by Mosquitoes and its Prophylaxis, p.611-7
A transmissão da lepra pelos mosquitos e a sua profilaxia, p.619-26

Observações
Publicado nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.34, n.4, p.475-93, nov. 1939. Em português, "A Transmissão da lepra pelos mosquitos e a sua profillaxia" (p.475-84), e em inglês, "The transmission of leprosy by mosquitos and its prophylaxis" (p.485-93). Existe a informação de que o artigo foi recebido para publicação a 20 de junho de 1939 e dado à publicidade em novembro de 1939.

Resumo/Abstract
Trabalho enviado ao VII Congresso da Pan-American Medical Association, evento realizado em Havana, em janeiro de 1938. Menciona os estudos pioneiros que haviam demonstrado a transmissão de doenças humanas por mosquitos hematófagos. Cita, em seguida, os principais argumentos em favor da teoria culicidiana da transmissão da lepra e as regras indispensáveis a sua profilaxia. Indica, ainda, os procedimentos a serem observados nas experiências destinadas a comprovar a transmissão da doença pelos mosquitos. Inclui bibliografia.

Paper sent to the VII Pan-American Medical Association Congress, held in Havana in January 1938, about the pioneer studies that demonstrated that blood-sucking insects are responsible for the transmission of leprosy. It lists the main arguments for the culicidae theory and basic prophylactic rules. It also focuses on procedures that should be followed by those that attempted to prove that the disease was transmitted by mosquitoes. It includes bibliography.

Combate à lepra. Regras indispensáveis de profilaxia anticulicidiana, sugeridas ao Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, p.627-8
[*Fight against Leprosy. Essential Rules of Antimosquitoe Prophylaxis proposed to the Sanitary Service of São Paulo State*]

Observações
Texto não publicado, datado de março de 1939 (BR. MN. Arquivo. Fundo Adolpho Lutz, caixa 21, pasta 254).

Resumo/Abstract
Apresenta um conjunto de normas profiláticas derivadas da teoria culicidiana sobre a transmissão da lepra.
It presents a set of prophylactic rules according to the culicidae approach to the transmission of leprosy.

Resenhas/Reviews

1887

An Abstract of Lectures on Lepra, by J. L. Bidenkap, p.631-48

Observações
Resenha do livro: BIDENKAP, J. L. *Lectures on Lepra*. London: Williams & Norgate, 1886. Publicada em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, Hamburgo, v.6, p.653-61.

Resumo/Abstract
Resenha do livro *Lectures on Lepra*, de J. L. Bidenkap. Analisa o emprego do termo lepra e a história da doença; suas formas de manifestação, sintomas, etiologia, profilaxia e terapêutica; as possíveis relações da lepra com outras enfermidades e com fatores étnicos, sociais, sexuais e etários. A resenha destaca a concordância essencial entre as observações do autor e as do próprio Lutz.

Review of Lectures on Lepra *by J. L. Bidenkap. It analyzes the use of the word 'leprosy' and the history of the disease, as well as its different manifestations, symptoms, etiology, prophylaxis and therapies, its possible relations with other diseases and with ethnical, social, gender and age factors. It emphasizes the essential points in which the author's observations are similar to dr. Lutz's.*

Report on Leprosy in Trinidad, by Beaven Rake, p.649-52

Observações
Resenha do Relatório do Leprosário de Trindade escrito por Beaven Rake, Port of Spain, 1886. Publicada em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, v.6, n.12, p.968-9, 1887.

Resumo/Abstract
Resume relatório das atividades do leprosário de Mucurapo (Trinidad e Tobago) no período 1877-1885. Inclui informações sobre o local de origem e o total de doentes recebidos pelo estabelecimento, a idade média do início da doença e sua duração, bem como a freqüência de suas diversas formas. Destaca a extirpação dos nódulos de alguns pacientes e apresenta os resultados de 42 experimentos de transmissão da lepra em animais.

It summarizes the report on the activities at Mucurapo leprosarium in Trinidad and Tobago from 1877 to 1885. It contains information on the total number of patients received by the institution and where they came from, the average age at the beginning of the treatment, its duration and the frequency of the disease's many forms. It emphasizes the extirpation of nodules from some patients and shows the results of 42 experiments in which leprosy was transmitted to animals.

Anexo/Annex

1915

Lepra e imigração – pelos Drs. Adolpho Lutz e Henrique de Beaurepaire Aragão, p.655-6

[*Leprosy and immigration – by Drs. Adolpho Lutz and Henrique de Beaurepaire Aragão*]

Observações
Publicado em LUTZ, Adolpho; ARAGÃO, Henrique de Beaurepaire. Lepra e imigração. In: SOUZA ARAÚJO, Heráclides Cesar de. *História da lepra no Brasil:* Período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956. v.III, cap. II, p.151-2. Parecer elaborado para a Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915.

Resumo/Abstract

Os autores propõem medidas para evitar a importação de casos de lepra no Brasil. Distinguem a imigração espontânea e aquela patrocinada pelo Estado. Para a primeira, recomendam que não fossem adotadas medidas excepcionais, advogando a inclusão da lepra no rol de doenças agudas ou crônicas para as quais também não havia tratamento sanitário adequado. Entre as razões para a não adoção de medidas restritivas contra os estrangeiros, citam a diminuição da importação de novos casos, as exigências do comércio e do tráfego livre e a possibilidade de represálias da parte de outros países. Quanto à imigração subsidiada pelo Estado, defendem o direito e dever que teria este de exercer uma fiscalização e excluir pessoas cujos antecedentes pudessem indicar alguma doença contagiosa.

The authors propose some measures that should be taken to avoid leprosy cases coming into Brazil from abroad. They make a distinction between spontaneous immigration and that organized by the government. For the first case, they do not recommend any special measures, due to the fact leprosy was considered a chronic disease, against which there was no adequate sanitary treatment. Some of their reasons for not advising restrictive measures against foreigners are the decrease of new cases coming from abroad, the needs of trading and free coming and going and the possibility of conflicts with foreign countries. As for the immigration that was supported by the government, they defend the right and the duty of the State to check and exclude people who might have any contagious disease.

Livro 3
Trabalhos sobre dermatologia e micologia

1886

Über eine neue, in Brasilien beobachtete Krankheit, p.267-8
Sobre uma nova doença observada no Brasil, p.269-70
[*On a New Disease Observed in Brazil*]

Observações
Publicado originalmente em *Monastshefte für Praktische Dermatologie*. Hamburgo: Leopold Voss, 1886. v.5, n.1, p.32-3. O trabalho de Lutz foi publicado, junto com outros trabalhos, na seção intitulada "58. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärtze in Straßburg 1885" (58ª Reunião de Naturalistas e Médicos Alemães em Estrasburgo, 1885).

Resumo/Abstract
Comunica a ocorrência, nos arredores de Limeira (SP), de 23 casos de uma enfermidade ainda não identificada. Descreve os sintomas, a evolução da doença e especula sobre sua provável etiologia. Sustenta a hipótese de que a enfermidade – observada apenas em crianças – fosse causada por alguma carência alimentar. Aponta semelhanças com a pelagra, o *Erythema epidemicum* e a acrodinia.

Report on 23 cases of an unidentified disease on the outskirts of Limeira, São Paulo. It describes its symptoms and evolution, and explores its probable etiology. It suggests that the disease, observed only in children, may be caused by the lack of some kind of food. It points to aspects that are similar to those of pellagra, Erythema epidemicum *and acrodynia.*

Über einen sprosspilzartigen Epiphyten der menschlichen Haut, p.271-2
*(*Mikrosporon anomoeon *Vidal)*
Sobre um epífito esquizomiceto da pele humana, p.273
(*Mikrosporum anomoeon* Vidal)
[*On Schizomycete Epiphyte of Human Skin (*Mikrosporon anomoeon *Vidal)*]

Observações
Publicado originalmente em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*. Hamburgo: Leopold Voss, 1886. v.5, n.2, p.72-3.

Resumo/Abstract
Apresenta as observações realizadas pelo autor no laboratório do dermatologista alemão Paul Gerson Unna sobre o fungo *Mikrosporum anomoeon* Vidal. Analisa a estrutura celular do organismo e seu desenvolvimento em variados meios de cultura, sob diferentes condições de temperatura. Salienta a identidade do fungo

com a forma maior descrita por Primo Ferrari em seu trabalho sobre a pitiríase. Relata ainda duas tentativas de vacinação praticadas pelo autor em si próprio, ambas com resultados negativos, o que colocava em dúvida as supostas propriedades patogênicas do organismo.

Report on the investigation of fungus Mikrosporum anomoeon *Vidal, carried out by the author at German dermatologist Paul Gerson Unna's laboratory. He analyzes its cell structure and its development in several kinds of cultures and different temperature conditions. He emphasizes the similarity between this fungus and that described by Primo Ferrari in his work on pytiriasis. Furthermore, he describes two unsuccessful vaccination experiments, in which he inoculated himself. As they came to no results, he doubts the pathogenic characteristics of the fungus, as it had been suggested.*

1887

Ein Fall von Lichen ruber obtusus et planus, p.277-81
Um caso de líquen rubro obtuso e plano, p.283-5
[*A Case of Lichen Ruber Obtusus et Planus*]

Observações
Publicado originalmente em *Monatshefte für Praktsche Dermatologie*. Hamburgo: Leopold Voss, 1887. v.6, p.592-6. Trabalho realizado em São Paulo.

Resumo/Abstract
Estudo clínico de um caso de líquen rubro observado pelo autor em São Paulo. Relata a evolução clínica da doença, o diagnóstico realizado e o tratamento prescrito. Observa que parte das erupções apresentava características do líquen plano e, outra parte, as do líquen obtuso, conforme a descrição feita por Paul Gerson Unna e confirmada por von Boeck. Destaca as possíveis relações da doença com as cardialgias; a possibilidade, ainda que temporária, de cura espontânea; e a localização do líquen plano na palma da mão, novidade até mesmo para Unna. Ressalta o ineditismo do caso no Brasil e na América do Sul.

Report on a clinical case of lichen ruber observed by Lutz in São Paulo. It describes the clinical evolution of the disease, diagnosis and prescribed treatment. He observes that a part of the rashes presented lichen planus whereas the other presented lichen obtusus characteristics, as described by Paul Gerson Unna and confirmed by von Boeck. He emphasizes the fact the disease seems to be related to cardialgia and may be spontaneously and temporarily cured. He registers the presence of lichen planus on the palm of the hand, which was a new fact even to Unna. The report emphasizes the novelties of the case in Brazil and in South America.

1889

Congrès International de Dermatologie et de, Siphiligraphie, 1889. Discours de M. le Dr. Lutz (de Saint-Paul, Brésil) au banquet d'adieu réunissant les membres du Congrès, p.289-90
[*International Congress of Dermatology and Syphilography. Speech by Dr. Lutz (from São Paulo, Brazil) delivered at the closing banquet before the members of the Congress*]

Observações
Congrès International de Dermatologie et de Siphiligraphie, 1889, Paris.
Paris: G. Masson, 1890. p.870-1.

Resumo/Abstract
O discurso de Adolpho Lutz, como representante do Brasil, foi feito no banquete de encerramento do congresso, no sábado, 10 de outubro de 1889. Suas curtas intervenções nos debates foram reproduzidas no texto de apresentação do livro 3.

As the Brazilian representative, Adolpho Lutz delivered this speech at the Congress closing cerimony, on Saturday, October 10th 1889. His short interventions during the debates have been quoted in the introduction to Book 3.

1890

Zur Kasuistik des Rhinoskleroms, p.293-5
Sobre a casuística do rinoscleroma, p.297-8
[*On the Casuistry of Rhinoscleroma*]

Observações
Publicado originalmente de *Monatshefte für Praktische Dermatologie*. Hamburgo: Leopold Voss, 1890. v.11, n.2, p.49-51.

Resumo/Abstract
Analisa as manifestações clínicas de um rinoscleroma que acometera um paciente de cor negra em São Paulo. Justifica a importância do artigo, chamando a atenção para o local de observação da doença e a etnia do indivíduo afetado. Descreve os diagnósticos feitos por outros médicos, a evolução do quadro sintomático e a terapêutica utilizada pelo autor desde que assumiu o tratamento do paciente. Conclui que, embora a pesquisa anatômica e etiológica sobre o rinoscleroma estivesse praticamente concluída, seu tratamento ainda não apresentava resultados seguros e favoráveis.

Analysis of clinical manifestations of a form of rhinoscleroma in a black-colored patient in São Paulo. The author justifies the relevance of the analysis by calling attention to the region where the disease occurred and to the patient's racial group. It contains a description of diagnosis by other doctors, the evolution of the symptoms and the therapeutic procedures the author used since the moment he took up the patient's treatment. He comes to the conclusion that, although the research on the anatomy and etiology of rhinoscleroma was quite finalized, its treatment still lacked safe and positive results.

1891 - 1892

Zur Behandlung der Atherome, p.301-2
Sobre o tratamento dos ateromas, p.303
[*On the Treatment of Atheroma*]

Observações
Publicado originalmente em *Dermatologische Wochenschrift*, p.505-6. 1891.

Resumo/Abstract
Artigo sobre o tratamento cirúrgico dos ateromas. Recomenda a substituição da extirpação pela incisão nos casos de quistos pequenos com paredes finas e naqueles acompanhados de processos inflamatórios. Relata casos em que a técnica foi empregada com sucesso pelo autor.

Article on the surgical treatment of atheroma. He recommends that small thin-walled cysts and those associated to inflammation should be cut open rather than extirpated. The author reports several cases in which the technique was successfully used by himself.

Korrespondenz aus Honolulu, p.305-40
Correspondência de Honolulu, p.341-61
[*Correspondence from Honolulu*]

Observações
Correspondência publicada originalmente em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, v.13, p.389-92, p.488-90, set. 1891; v.14, p.30-4, p.152-5, set. 1891; p.275-7, p.307-11, nov. 1891; v.15, p.382-9, ago. 1892. A tradução dos textos foi realizada, provavelmente, por Gualter Adolpho Lutz, na década de 1950, à época em que se comemorava o centenário de nascimento de seu pai.

Resumo/Abstract
Relata observações médicas feitas por Lutz durante sua passagem pelo Havaí e por São Francisco, na Califórnia. Analisa as doenças infecciosas e crônicas verificadas no arquipélago, com destaque para a hanseníase e as enfermidades da pele. Descreve diversos casos de dermatomicoses parasitárias, ente elas a pitiríase versicolor, o *Erythema marginatum*, a *Tinea imbricata* e a escabiose. Também examina tumores de pele e casos de urticárias, edema de Quincke e eritema multiforme. Na parte final do trabalho, avalia a influência do calor sobre as afecções cutâneas e sobre os domínios físico e psíquico dos indivíduos. Investiga ainda as relações entre o clima e o grau de morbidade das regiões tropicais. O artigo traz muitas informações sobre o perfil censitário, étnico e sociocultural da população do arquipélago. Inclui fotografias de alguns dos casos analisados.

Lutz medical diary during his stay in Hawaii and San Francisco, California. He analyzes infectious and chronic diseases he observed in the archipelago, emphasizing Hansen's disease and skin diseases. He also describes several cases of parasite-associated skin mycosis, such as multicolor-pytiriasis, Erythema marginatum, Tinea imbricata *and scabies, as well as discusses skin tumors, hives, Quincke's edema and multiform erythema. Finally, he evaluates the influence of heat on skin diseases, as well as on the individuals' physical and psychological conditions. Moreover, he discusses the relation between climate and morbidity in tropical regions. The article comprehends a great deal of data on the racial, social*

and educational characteristics of the archipelago's population, as well as some photographs of some of the cases studied by the author.

1907 - 1908

Ueber eine bei Menschen und Ratten beobachtete Mykose. Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Sporotrichosen, p.367-98
Sopra una micosi osservata in uomini e topi. Contribuzione alla conoscenza delle cosi dette sporitricosi, p.399-428
Sobre uma micose observada em homens e ratos: contribuição para o conhecimento das assim chamadas esporotricoses, p.429-54
[*On a Mycosis Observed in Men and Mice: Contribution to the Knowledge of the so called Sporotrichosis*]

Observações
Publicado em *Revista Médica de São Paulo. Jornal Prático de Medicina, Cirurgia e Higiene*, v.10, n.21, p.443-50. Ils. nov. 1907. Trabalho apresentado ao Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em setembro de 1907. Versão em italiano publicada em *Annali d'Igiene Sperimentale (Nuova Serie)*, v.17, n.4, p.581-606, 1907. Ils. Versão em alemão publicada em *Centralblatt Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten*, v.45, p.631-7, 1907. Ils. v.46, n.1, p.21-30; n.2, p.97-104, 1908. A 'Parte Geral' que inicia as versões em italiano e português não figura na versão em alemão do mesmo artigo.

Resumo/Abstract
Apresenta os resultados de estudo sobre doença infecciosa causada por fungos da espécie *Sporotrichum* Linck (Mucedinea). A primeira parte do trabalho, redigida por Lutz, expõe resumidamente as experiências realizadas e confronta as conclusões dos autores com a literatura sobre o tema. A segunda parte, escrita por Splendore, detalha as fases da investigação, descrevendo a evolução clínica dos casos observados, as formas assumidas pelas lesões – tanto nos homens quanto nos ratos –, a morfologia do agente etiológico, os diversos meios usados para cultura e isolamento do fungo e as experiências de infecção em animais. Ilustrado com fotografias e desenhos.
Results of the study on the infectious disease caused by fungi of the Sporotrichum *Linck (Mucedinea) species. The first part of the report, written by Lutz, thoroughly describes experiments and confronts some authors' statements with the medical texts on the topic. The second part, written by Splendore, is a complete description of the investigation stages, the clinical evolution of the cases, lesion forms – on men as on rats –, the morphology of the etiologic agent, several ways to cultivate and isolate the fungus and experiments with infected animals. Illustrated with photos and sketches.*

1908

Coccidioides – Infektion mit Lokalisation in der Mundschleimhaut. Erste in Südamerika beobachtete Fälle. Beitrag zur Geschichte der Hyphoblastomycosis americana, p.461-77

A Pseudococcidic Mycosis Localized in the Mouth and Observed in Brazil. A Contribution to the Knowledge of American Hyphoblastomycoses (Summary), p.479-81

Uma micose pseudococcídica localizada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento das hifoblastomicoses americanas, p.483-94

Observações

Publicado originalmente em *O Brazil-Medico, Revista Semanal de Medicina e Cirurgia*, v.22, n.13, p.121-4; n.15, p.141-4, 1908. Saiu, também, sob a forma de opúsculo, com o mesmo título, como Publicações do Brazil-Medico. Rio de Janeiro: Besnard Frères, 1908. 27p. Publicado novamente nos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, v.20, n.2, p.131-53, 1945, com sumário em inglês. Excetuando-se o parágrafo de introdução, acrescentado na versão em alemão, e dois parágrafos do texto em português, suprimidos nesta, os artigos mencionados acima são idênticos a Coccidioides – Infektion mit Lokalisation in der Mundschleimhaut. Erste in Südamerika beobachtete Fälle. Beitrag zur Geschichte der *Hyphoblastomycosis americana. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.28, n.4, p.585-601, 1934.

Resumo/Abstract

Analisa novo tipo de blastomicose causado por espécies de parasitas ainda não incluídas na classificação usual dos fungos. Relata o trabalho pioneiro de A. Posadas e R. Wernicke, que descreveram clínica e anatomicamente a doença, e obtiveram sua transmissão experimental. Menciona a descoberta, por Ophüls e Moffit, do organismo causador da doença, erroneamente identificado com coccídios por Posadas e Wernicke. Lutz propõe a criação do grupo dos hifoblastomicetos para abrigar espécies que se multiplicavam tanto por gemação (blastomicetos) como por hífens (hifomicetos). Sugere denominar a nova doença "hifoblastomicose americana", já que todos os casos observados até então provinham do continente americano. O autor descreve a seguir dois casos que havia observado em São Paulo. Diferentemente da maioria das ocorrências citadas pela literatura, as lesões tinham localização primitiva na cavidade bucal, constituindo, segundo Lutz, um novo grupo de casos. Pelo pioneirismo de seu trabalho, a enfermidade foi mais tarde batizada como "doença de Lutz".

Analysis of a new type of blastomycosis caused by species of parasites not yet included in the usual classification of fungi. It focuses on the work of pioneers A. Posadas and R. Wernicke, who described the disease in clinical and anatomic points of view and who achieved experimental transmission. It discusses Ophüls and Moffit's discovery of the agent of the disease, erroneously identified as coccides by Posadas and Wernicke. Lutz suggests the creation of another group of hyphoblastomycites for species that multiply as frequently through gemma (blastomycites) as through hyphea (hyphomycites). He suggests the name "Hyphoblastomycosis americana" for the new disease, since all cases observed until then were originated in the American continent. Then he describes two cases he observed in São Paulo. Unlike most occurrences found in medical texts, lesions were

originally located in the mouth, which, according to Lutz, revealed a new group of cases. Due to his pioneer work, the disease was later called "Lutz disease".

Zur kenntniss der sogenannten Blastomycosen von Typus Posada-Wernicke, p.495-7
Para o conhecimento da chamada blastomicose do tipo Posadas-Wernicke, p.499-500
[*For the Knowledge of the So-called Blastomycosis of Posadas-Werninke Kind*]

Observações
Manuscrito inédito, sem data, que parece ser uma nota de pesquisa esboçada por volta de 1908, quando Lutz publicou "Uma micose pseudococcídica localizada na boca e observada no Brasil. Contribuição ao conhecimento das hifoblastomicoses americanas". BR. MN. Arquivo. Fundo Adolpho Lutz, caixa 3, pasta 7.

Resumo/Abstract
Narra resumidamente os principais eventos relacionados à descoberta de novo tipo de blastomicose descrita por A. Posadas e R. Wernicke em fins do século XIX. Além dos trabalhos desses autores, destaca a descoberta do organismo causador da doença por Ophüls e Moffit e os estudos realizados nos Estados Unidos. Propõe chamar as novas micoses de *Hyphoblatomycosis americana*, numa alusão à especificidade de seu agente etiológico e à origem geográfica da maioria dos casos observados. Salienta que, na literatura até então disponível, as descrições sobre a doença se limitavam às lesões cutâneas, com pouquíssimas referências às afecções primárias das mucosas.

Summary of the main events related to the discovery of the new type of blastomycosis, described by A. Posadas and R. Wernicke at the end of the nineteenth century. The author also focuses on Ophüls and Moffit's discovery of the organism that causes the disease and on studies developed in the United States. He suggests the name Hyphoblastomycosis americana *for the new mycosis, after its etiological agent and the geographic origin of most observed cases. He stresses that in current medical texts the descriptions of the disease are limited to skin lesions and contain very little reference on mucous membrane primary affections.*

1921

Contributions to the History of Medicine in Brazil. Dermatological Reminiscences, p.503-7
Contribuições à história da medicina no Brasil. Reminiscências dermatológicas, p.509-513

Observações
Publicado originalmente como *Reminiscências Dermatológicas* em *A Folha Medica*, v.2, n.19, p.145-6, 1921-1922, e também como *Reminiscências dermatológicas. Segundo Congresso Sul-Americano de Dermatologia y Sifilografia*. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 1922. Publicado também em *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.44, n.1, p.1-12, mar. 1946. Em português: p.1-6. Em inglês: p.7-12.

Resumo/Abstract
Artigo sobre diversas doenças de pele observadas por Adolpho Lutz no Brasil durante sua carreira médica. Analisa as enfermidades do ponto de vista de sua freqüência, raridade ou mesmo ausência. Relaciona as doenças mais comuns com o clima, a fauna e os hábitos locais. Destaca também o papel de outras doenças na etiologia das lesões, e relata as infecções causadas por parasitos exteriores, insetos e animais venenosos. Menciona doenças introduzidas pelos escravos.

Article on several skin diseases observed by Adolpho Lutz in Brazil throughout his medical career. It analyzes frequent, rare and even non-existing affections. He relates the most common diseases to climate, fauna and local habits. He also stresses the role of other diseases in the etiology of lesions and describes infections caused by exterior parasites, insects and poisonous animals. He also mentions diseases introduced by slaves.

Resenhas/Reviews

1886

Über die Ätiologie der Pityriasis, von Prof. Primo Ferrari, p.517
Etiologia da Pitiríase do Prof. Primo Ferrari, p.517
[*Etiology of Pityriasis by Prof. Primo Ferrari*]

Observações
Traduzido de resenha sem título publicada por Lutz em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, Hamburgo, v.5, n.2, p.84. 1886.

Resumo/Abstract
Resume e comenta comunicação apresentada pelo Prof. Primo Ferrari à Academia Gioenia di Scienze Naturali, em Catânia, destacando as conclusões de Ferrari sobre os tipos de pitiríase e a etiologia de sua forma eritematosa.

Summary and review of Prof. Primo Ferrari's communication to Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania, specially his conclusions about the different types of pityriasis and the etiology of its erythematous manifestation.

I bacilli dell'ulcera molle, del Prof. Primo Ferrari, p.519-20
Os bacilos da úlcera mole (Resenha feita por Lutz do trabalho, p.519-20 de Primo Ferrari)
[*Prof. Primo Ferrari's Ulcus Molle Bacillus*]

Observações
Resenha publicada em *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, Hamburgo, 1886, p.439-40. Resenha feita por Lutz do trabalho de Primo Ferrari (Communicazione ventiva all'Accademia Gioenia, selecta 26 Luglio 1885 – *Atti dell' Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania*, serie III, v.XVIII).

Resumo/Abstract
Resume comunicação apresentada pelo Prof. Primo Ferrari à Accademia Gioenia di Scienze Naturali, em Catânia. Apresenta as conclusões de estudo realizado por

Ferrari sobre os microrganismos da úlcera mole. Descreve os experimentos realizados e as principais carcterísticas distintivas dos bacilos.

Summary of Prof. Primo Ferrari's communication to the Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania. It presents Ferrari's conclusions on ulcus molle microorganisms. He describes experiments he carried out and lists the main distinctive characteristics of the bacillus.

Anexo/Annex

Atas das sessões – Sociedade Brasileira de Dermatologia.
Intervenções de Adolpho Lutz, p.523-615
[*Acts of sessions – Brazilian Society of Dermatology. Comments by Adolpho Lutz*]

Glossário

Ácido carbólico [C_6H_5OH]: ácido genericamente conhecido como fenol, e também como álcool fenílico ou ácido fênico. Ocorre na forma de cristais incolores que se liquefazem com a adição de água. Funciona como escarótico local na forma concentrada, e como anestésico em soluções de 3 a 4%. Internamente, é um poderoso corrosivo (sendo o azeite de oliva recomendado como antídoto). Usado como antisséptico e como desinfetante para fins médico-sanitários e cirúrgicos.

Fontes: Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Ácido chalmógrico [$C_{18}H_{32}O_2$]: ácido graxo não-saturado, de aparência cristalina e incolor, solúvel em álcool, encontrado entre os produtos de hidrólise dos glicerídios do óleo de chalmugra. Em 1904, o químico e farmacologista Frederick B. Power, à frente dos *Wellcome Chemical Research Laboratories*, realizou experiências com sementes de chalmugra oriundas da espécie *Taraktogenos kurzii* (posteriormente denominada *Hydnocarpus kurzii*). Power e seus colaboradores retiraram a casca das sementes, prensaram os caroços e extraíram deles um óleo que foi submetido a procedimentos químicos juntamente com a massa resultante da prensagem das sementes. Conseguiram isolar vários compostos, entre os quais o ácido chalmógrico. Realizaram, também, experiências com sementes das espécies *Hydnocarpus wightiana* e *Hydnocarpus anthelmintica* da mesma ordem da *Taraktogenos kurzii*, e *Gynocardia odorata*. Das duas primeiras espécies obtiveram um ácido homólogo inferior, denominado ácido hidnocarpo, cuja fórmula é $C_{16}H_{28}O_2$. Da *Gynocardia odorata* não conseguiram extrair o chamado óleo de chalmugra, nem tampouco os ácidos chalmógrico e hidnocarpo. (Ver Chalmugra).

Fontes: Grant, 1944; Parascandola, 2003; Stedman, 1979.

Ácido clorídrico [HCl]: cloreto de hidrogênio ou, ainda, ácido muriático: em medicina, é utilizado como cáustico e em casos de acloridria (ausência de ácido clorídrico no suco gástrico). Em fins do XIX, era muito usado no

tratamento de úlceras cutâneas, em casos de estomatite resultante do tratamento mercurial, em aftas, candidíase, dispepsia, atonia estomacal, tuberculose e afecções do fígado.
Fontes: Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Ácido ginocárdico: substância constituída pela mistura de ácidos graxos extraídos por saponificação do óleo de chalmugra. De aspecto cristalino e pastoso, e coloração amarela, é solúvel em álcool, éter, clorofórmio, benzina etc. Foi empregado no início do século XX no tratamento da lepra, da psoríase, do eczema e do lúpus. Aplicado por meio de injeções subcutâneas, parecia ser mais eficiente do que o óleo e mais bem tolerado pelos pacientes. Segundo Cardenal, trata-se de um óleo extraído da *Gynocardia odorata*, espécie de planta pertencente à família das bixáceas. Hackh, por sua vez, apresenta-o como produto da mistura dos ácidos do óleo de chalmugra com ácidos não-saturados extraídos das sementes da *Gynocardia odorata*.
Fontes: Cardenal, 1954; Grant, 1944; Littré & Gilbert, 1908; Parascandola, 2003.

Ácido pícrico [$C_6H_2(NO_2)_3OH$]: também conhecido como ácido nitroxântico ou ácido carbazótico. Substância cristalina e amarela usada para tratar queimaduras, eczemas, erisipelas, prurido e, ainda, como vermífugo. Empregada também como corante, agente fixador e explosivo. É uma das substâncias utilizadas na composição da coloração de Van Gieson. (Ver Coloração de Van Gieson).
Fontes: Dorland, 1947; Stedman, 1979.

Ácido pirogálico [$C_6H_3(OH)_3$]: o mesmo que pirogalol; substância obtida através do ácido gálico. Tem múltiplas aplicações químicas e medicinais, sendo empregado como antipruriginoso e, externamente, no tratamento de psoríase, tinha microspórica e outras afecções cutâneas.
Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Ácido salicílico [HOC_6H_4COOH]: ácido usado na medicina e nas indústrias de fármacos e de corantes. Utilizado topicamente como agente ceratolítico (descamativo), antisséptico e fungicida. Consta em Murray (1910) que este ácido orgânico era também utilizado como antipirético.
Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Ácido tânico [$C_{76}H_{52}O_{46}$]: Ácido encontrado em vegetais, especialmente na casca do carvalho e de outros membros da família das fagáceas. É muito usado como mordente em corantes de fotografia e na produção de papel, tintas e bebidas. Na medicina, é empregado como adstringente no tratamento de diarréias e queimaduras. Em fins do século XIX, o ácido tânico tinha ampla aceitação como tônico e adstringente, externa ou internamente. Neste último caso, destaca-se sua utilização contra inflamações crônicas da mucosa bucal ou faríngea e no tratamento da angina diftérica, da erisipela, das erupções herpéticas crônicas e da pitiríase. Em associação com o benjoim, abortava pústulas variólicas e atenuava cicatrizes disformes provocadas pela doença.
Fontes: Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Acrodinia: doença infantil causada quase que exclusivamente pela intoxicação com o mercúrio, também conhecida como eritredema; eritema acrodínico; doença rósea; doença de

Swift ou dermatopolineurite. Manifesta-se por eritema das extremidades, do tórax e do nariz, polineurite e sintomas gastrintestinais. Segundo Ferreira (1999), a acrodinia apresenta fenômenos circulatórios (hipertensão arterial, taquicardia) e neurológicos (hipomotilidade, dor nas mãos e nos pés, apatia, fotofobia). Em 1926, era definida como doença caracterizada por "formigueiros" dolorosos, causados por cereais e outros alimentos deteriorados (D'Elia).
Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Stedman, 1979.

Adenite: inflamação de uma glândula ou dos gânglios linfáticos (pequeno órgão disposto em cadeias ou massas, especialmente no pescoço, axila e virilha, que concentra linfócitos e acompanha o trajeto de um vaso linfático). Segundo D'Elia (1926), esta inflamação causava uma descontinuidade da pele que dava passagem a germes infecciosos; estes penetravam pelos vasos linfáticos e iam ocupar uma glândula, determinando sua supuração.
Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Ágar: polissacarídeo mucilaginoso, também conhecido como ágar-ágar ou gelose, usado para dar consistência gelatinosa a meios de cultura de microrganismos. É também utilizado na indústria de alimentos, cosméticos, farmácia, pilhas secas etc. Substância derivada da alga vermelha originária das costas tropicais asiática e australiana, especialmente de Java e do Sri Lanka. Em fins da década de 1880, o ágar começou a ser importado pela Europa, para atender à demanda dos bacteriologistas, que passaram a usá-lo como meio para as culturas microbianas. Na década de 1920 era empregado, também, como excipiente de várias preparações farmacêuticas.
Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Anasarca: patologicamente, é um edema generalizado devido à infiltração de líquido seroso no tecido celular subcutâneo de todo o organismo. Segundo D'Elia (1926), este estado pode ter origem num resfriamento, sem doença orgânica constituída, sobrevindo com freqüência, no decurso da erisipela, no período da escamação do sarampo e da escarlatina. Aparece constantemente na albuminuria, ou doença de Bright, e no último período das doenças do coração. Anasarca também é definida como o resultado de doenças que acabam em caquexia e que tornam o sangue pobre, debilitando o corpo. A pele torna-se luzidia, quase sempre fria e de cor leitosa. O tratamento consistia no uso de diuréticos, sudoríficos, purgativos e regime lácteo. No campo da veterinária, anasarca é uma doença de cavalos, geralmente causada por infecção e caracterizada por edemas, que são reabsorvidos na forma subaguda e progressivos na forma hiperaguda. A doença também ocorre em cães, porcos, bois e carneiros.
Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Anastomose: nome dado às comunicações entre dois nervos, à época em que se acreditava serem canais onde circulava um fluido nervo. Em anatomia geral, usa-se o termo para designar a comunicação natural direta ou indireta entre dois vasos sangüíneos, entre dois canais da mesma natureza, dois nervos ou duas fibras musculares. Em patologia, consiste na junção ou ligação mórbida entre dois espaços ou órgãos normalmente separados.
Fontes: Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908.

Anidrose: ausência ou diminuição do suor.

Fontes: Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Arning, Edward Christian: filho de um mercador alemão estabelecido na Inglaterra, Arning nasceu em Manchester, em 9 de junho de 1855. Enviado para Hamburgo com 12 anos de idade, ingressou no *Gymnasium Johanneum*, onde permaneceu até 1874. Nos dois anos seguintes freqüentou a Universidade de Heidelberg como estudante de medicina, doutorando-se na Universidade de Estrasburgo em 1879. Iniciou a carreira como ginecologista em Berlim, mas logo passou a se dedicar à dermatologia e à venereologia, tornando-se membro do Instituto Dermatológico de Breslau em 1881. Dois anos depois, recebeu do Instituto Humboldt, ligado à Academia Real Prussiana de Ciência, a incumbência de viajar para o Havaí para realizar estudos sobre a lepra e investigações etnográficas que redundassem em novos materiais para as coleções da instituição prussiana. Arning chegou a Honolulu em 8 de novembro de 1883, e organizou um laboratório no *Branch Leper Hospital*, em Kakaako. Dois episódios de grande repercussão marcaram sua estada naquele arquipélago. O primeiro foi a experiência realizada com o havaiano Keanu, que teve sua pena de morte comutada para prisão perpétua sob a condição de autorizar a inoculação de material leproso em seu organismo. Vinte e cinco meses após a experiência, em outubro de 1886, apresentou manchas características da lepra nodular em todo o corpo, tendo sido afetados também os nervos e as glândulas linfáticas próximos ao local da inoculação. O segundo episódio envolvendo Arning foi o exame e diagnóstico de lepra no sacerdote católico belga Joseph Damien de Veuster, que, no entanto, não quis se tratar com o médico inglês no Hospital de Kakaako. Divergências com Walter M. Gibson, ministro das Relações Exteriores e presidente do *Board of Health* do reino do Havaí, levaram Arning a deixar o arquipélago em meados de 1887. Em Hamburgo, deu prosseguimento às atividades como dermatologista, chegando a tornar-se professor da especialidade na Universidade dessa cidade. Edward Christian Arning faleceu em Munique a 21 de agosto de 1936.

Fontes: Tronca, 2000; www.204.

Asma: segundo Stedman (1979), o termo era usado originalmente para indicar "respiração difícil", mas hoje designa a asma brônquica, rejeitando-se outros usos, como asma cardíaca, asma renal etc. Refere-se, assim, a uma condição dos pulmões em que há estreitamento das vias aéreas em virtude de diferentes graus da contração (espasmo) da musculatura lisa, edema da mucosa e muco na luz dos brônquios e bronquíolos, alterações essas provocadas pela liberação, no decurso de processo alérgico, de espasmogênios e substâncias vasoativas – histamina ou substância de reação anafilática lenta, por exemplo. Ocorrem crises de dispnéia paroxística sibilante, acompanhadas de edema e hipersecreção das mucosas das vias aéreas, em virtude de súbita contração dos músculos que comandam a abertura e fechamento dos brônquios. Os acessos são acompanhados de tosse e sensação de constrição, surgindo, em geral, à noite, e persistindo horas, às vezes dias e semanas. O tipo mais comum de asma é a bronquial alérgica, causada por reação específica a

substâncias comuns como poeiras, pólen, ácaros etc. Os ataques de asma ocorrem muitas vezes depois de períodos de exercício intenso ou de tensão emocional, ou associados à infecção de nariz e garganta, ou, ainda, a uma mudança climática. A maioria dos asmáticos tem ataques periódicos, o ano inteiro. A asma grave é a mais nociva das alergias respiratórias, e a que mais incapacita o doente, dificultando a assiduidade no trabalho. O tratamento da doença envolve o uso isolado ou simultâneo de adrenalina, aminofilina e efedrina, do HACT (hormônio adrenocorticotrópico) e de cortisona, nos ataques mais graves. Na fase crônica, o médico procura identificar os fatores alérgicos e infecciosos para tornar o paciente menos sensível a eles.
(Ver Asma sintomática).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Asma sintomática: o mesmo que asma reflexa ou pseudoasma, ocorrendo como reflexo em doenças das vísceras, do nariz ou de outras partes do corpo. Pode designar qualquer variedade de asma distinta da brônquica (asma verdadeira), como asma diabética, artrítica, herpética, tóxica ou urêmica.
(Ver Asma).

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Aspidosperma: designação comum do gênero *Aspidosperma*, da família das apocináceas, nativas de regiões tropicais das Américas, com oitenta espécies, a maioria da América do Sul, algumas de madeira nobre, muitas com alcalóides e antimicrobianos. Produzem madeiras de utilidade industrial, como a peroba-rosa e o pau-cetim.
A casca seca do *Aspidosperma quebracho blanco* contém o princípio ativo do quebracho, empregado como estimulante da respiração, no tratamento da asma e da dispnéia cardíaca.
(Ver Aspidospermina; Quebracho).

Fontes: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Aspidospermina [$C_{22}H_{30}N_2O_2$]: alcalóide indólico pentacíclico encontrado em plantas do gênero aspidosperma, com ação vomitiva, irritante e antitérmica.
(Ver Aspidosperma).

Fontes: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Stedman, 1979.

Ateroma: lesão muito comum da fase avançada da arteriosclerose, formada por uma placa fibrosa e gordurosa situada na íntima (tecido que serve de revestimento a uma estrutura anatômica). Fonte da época de Lutz (D'Elia, 1926) definia-o como "tumor de retenção" caracterizado pela obstrução do canal evacuatório de um folículo piloso, "com participação das glândulas sebáceas" que deságuam no folículo. Alimentação excessiva e distúrbios endócrinos são fatores que podem favorecer o aparecimento do ateroma.

Fontes: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Wilson & Reeder, 1993; www.86; www.104; www.106; www.142.

Atropina [$C_{17}H_{23}NO_3$]: fármaco alcalóide cristalino extraído de plantas da família das solanáceas (*Atropa*) como, por exemplo, a beladona, empregado como agente obstrutor da ação fisiológica da acetilcolina (molécula neurotransmissora que atua na passagem do impulso nervoso das células do sistema nervoso para a dos músculos), como antispástico e dilatador da pupila. Por ser extremamente tóxico, só pode ser ingerida em doses mínimas, de 0,001 a

0,003g, na maior parte das vezes como sulfato de atropina. Quantidades mais elevadas podem provocar estado excitativo conhecido como "delírio atropínico", cujos sintomas são bloqueio do sistema nervoso vegetativo, agitação do sistema nervoso central acompanhado de alucinações, depressão, dificuldade de deglutição, ressecamento das mucosas, taquicardia etc., podendo evoluir até o óbito.

Fontes: Cardenal, 1947; Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Azevedo Lima, José Jerônimo de: médico brasileiro nascido em Campos (RJ), em 1849, e falecido em 1912. Em 1879 ingressou no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, onde chefiou o serviço clínico por vários anos. Por sugestão sua, foi criado nessa instituição, em 1893, um laboratório para estudos anatomopatológicos e bacteriológicos relativos à lepra. Após solicitar aposentadoria, foi substituído por João Pizarro Gabizo, catedrático de dermatologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em "A lepra no Brasil" – trabalho que enviou à Primeira Conferência Internacional de Leprologia, realizada em Berlim, em outubro de 1897, mas que não chegou a ser publicado em seus anais –, Azevedo Lima manifestou-se favorável à tese da contagiosidade da doença a pessoas sadias em "estado de receptividade mórbida".

Fontes: Lello, 1942; Souza Araújo, 1956.

Bacilos: designação comum de bactérias em forma de cilindro ou bastão pertencentes ao gênero *Bacillus*. Suas espécies, normalmente móveis, são gram-positivas, aeróbicas ou, sob certas condições, anaeróbicas. Encontradas em geral na terra e na água, não produzem seu próprio alimento e nutrem-se de outros organismos. Os bacilos têm como uma de suas principais características a formação de esporos dormentes sob condições ambientais adversas. Tais endósporos permanecem viáveis na natureza, principalmente no solo, por longos períodos, pois são resistentes ao calor, a substâncias químicas e à luz do sol. A espécie padrão do gênero *Bacillus* é o *B subtilis*. Descrito em 1872 por Ferdinand Cohn (1828-1898), é o responsável mais comum pela contaminação de culturas de laboratório, sendo encontrado com freqüência na pele humana. Entre as poucas espécies patogênicas destaca-se o *B. anthracis*, causador do antraz em humanos e animais domésticos. Outras espécies, como o *Bacillus cereus*, são muitas vezes responsáveis pelos estragos de alimentos em conserva. Alguns antibióticos utilizados pela medicina são produzidos a partir desses microrganismos como a bacitracina (*B. subtilis*) e a polimixina B (*B. polymyxa*). (Ver Bactéria).

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Houaiss, 2001; Stedman, 1979. See Bacteria.

Bactéria: as bactérias fazem parte do reino Monera, juntamente com as algas azuis ou cianofíceas, grupo que compreende seres unicelulares e *procariontes* (uma única célula desprovida de núcleo). Desde a época de Adolpho Lutz, eram geralmente divididas em quatro grupos, segundo um critério morfológico: em forma de bastão chamavam-se *bacilos*; em forma de bastão encurvado, *vibriões;* de espiral, *espirilos*; um tipo especial de espirilos eram as *espiroquetas*; as bactérias arredondadas ganharam o nome de cocos. Estas podem estar agrupadas em colônias: de dois cocos são *diplococos*; de quatro, *tétrade*; cocos em fileira, chamam-se

estreptococos; e dois cocos em forma de chamas de velas unidas pela base e em direções opostas, *pneumococos*. Atualmente, as bactérias são agrupadas com base em novos critérios: reações bioquímicas, composição química, estrutura celular e, à luz da biologia molecular, segundo suas características genéticas e imunológicas. Muitas bactérias causam doenças em plantas, no homem e em outros animais. Certas bactérias causam grave intoxicação: *botulismo*, quando se ingerem alimentos mal enlatados ou conservados; e a *salmonelose*, causada pela ingestão de alimentos contaminados. Microrganismos de vida livre ou parasita, as bactérias também são essenciais para o processo de decomposição de matéria orgânica no corpo, no solo e em outros meios. Até o início do século XX, bactéria era praticamente sinônimo de microrganismo, sendo a palavra, portanto, aplicada com freqüência para designar qualquer organismo vivente de dimensões microscópicas. A chamada "era bacteriológica" inicia-se com Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), mas fontes do início do último quarto do século XIX indicam que havia muitas controvérsias a respeito da classificação das bactérias, que, no século XX, eram qualificadas como grupo de vegetais inferiores ou como pertencentes à família das algas, fazendo parte do grupo dos esquizomicetos.
(Ver Esquizomiceto; Fungo).

Fontes: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; www.31; www.32.

Bary, Heinrich Anton de: botânico alemão nascido em Frankfurt, em 26 de janeiro de 1831, e falecido em Estrasburgo, em 19 de janeiro de 1888. Doutor em medicina pela Universidade de Berlim, em 1853, de Bary notabilizou-se por seus estudos sobre algas, mixomicetos e, sobretudo, fungos, que lhe granjearam o epíteto de fundador da moderna micologia. Interessado principalmente na reprodução, sexualidade, morfologia e fisiologia dos fungos, afirmou em seu primeiro e prestigiado livro – *Untersuchungen über Die Brandpilze und die durch sie verursachten Krankheiten der Pflanzen mit Rücksicht auf das Getreide und andere Nutzpflanzen* (1853) – que esses organismos eram os causadores de muitas doenças de plantas, e não excrescências delas, como se pensava. Profundo conhecedor do ciclo e das características parasitárias dos fungos, de Bary foi um dos primeiros a estudar a interação parasita-hospedeiro, tendo efetuado valiosas pesquisas sobre a requeima da batata, a ferrugem do colmo do trigo, a ferrugem da cevada e da aveia. Criador de diversos termos utilizados nos estudos sobre fungos e líquens – heteróico, esporídio, saprófitos, parasitos facultativos, simbiose etc. –, boa parte da classificação que desenvolveu permanece em vigor nas pesquisas dos micologistas modernos. De seus poucos estudos acerca das bactérias, resultou a descoberta do esporo do *Bacillus magaterrium* e a comprovação de que cianobactérias não eram algas, o que contribuiu para que as bactérias fossem retiradas no reino Fungi. Dedicado ao magistério, de Bary ensinou botânica nas universidades de Tübigen (1854), Freiburg (1855-1869), Halle (1867-1872) e Estrasburgo (1872-1888), tendo sido o primeiro reitor desta última (1872).

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Moura, 2002.

Baunscheidtismo: método terapêutico desenvolvido por Karl Baunscheidt (1809-1874), mecânico e construtor de carruagens nascido em Endenich, perto de Bonn. Sua terapêutica consistia na introdução superficial de pequeno feixe de agulhas e, em seguida, na fricção das áreas espetadas com óleo de cróton ou outro irritante. O objetivo era diagnosticar e curar doenças através da erupção cutânea purulenta que melhorava rapidamente. O Baunscheidtismo é uma versão bastarda da acupuntura, técnica terapêutica praticada originalmente por chineses e japoneses, fundada na correspondência de certos órgãos com determinadas áreas cutâneas. Esses pontos são reunidos por linhas imaginárias, os meridianos. As indicações da acupultura são antes de tudo as perturbações funcionais e as diversas manifestações dolorosas.

Fontes: Der Grosse, 1952-1960; Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Beurmann, Charles Lucien de: médico francês (1851-1923) que descreveu a Doença de Beurmann, a forma gomosa disseminada da esporotricose. Doutorou-se em Paris e, em 1889, tornou-se chefe de serviço do hospital de Lourcine, transferindo-se, depois, para o hospital Saint-Louis, onde permaneceu até 1916. As numerosas viagens que fez ao exterior, sobretudo à Pérsia, à Índia e ao Japão, deram-lhe a oportunidade para estudar as doenças ditas exóticas, em particular a lepra e a sífilis tropical. Beurmann distinguiu-se, principalmente, por suas contribuições ao conhecimento da esporotricose, realizadas em colaboração com os discípulos Louis Ramond e Henri Gougerot. Publicou com Gougerot, em 1912, *Les sporotrichoses* (Paris, F. Alcan), e, com Gougerot e Vaucher, trabalhos sobre o Mycoderma cutaneum. (Ver Esporotricose).

Fontes: Stedman, 1979; www.55.

Biermer, Michael Anton: médico alemão (1827-1892) que deu nome à doença de Addison-Biermer, também conhecida como anemia de Addison-Biermer, anemia de Biermer-Ehrlich, anemia de Hunter-Addison, anemia essencial de Lebert, anemia perniciosa progressiva, doença de Biermer, anemia de Biermer e ainda anemia aquílica macrocítica. A evolução outrora fatal deu lugar ao prognóstico benigno depois do advento da vitamina B_{12} (cianocobalamina), usada sob a forma de injeções intramusculares.
A causa da doença é a insuficiente absorção dessa vitamina provocada pela falta de um fator produzido pela mucosa gástrica normal. Acredita-se, assim, que resulte de um defeito do estômago, com atrofia ou associação de carência desse fator 'intrínseco'.
A doença é um tipo de anemia crônica progressiva que ocorre com maior freqüência dos cinqüenta anos em diante, em adultos e idosos de ambos os sexos. Manifesta-se através de dormência e formigamento, fraqueza, língua sensível e lisa, tonturas, palidez da pele e das mucosas, anorexia, diarréia, perda de peso, febre, perturbações digestivas e, muitas vezes, neurológicas. Os estudos de laboratório em geral revelam muita diminuição da hematimetria, baixos níveis de hemoglobina, numerosos eritrócitos macrocíticos, em associação com o número predominante de megaloblastos e relativamente poucos normoblastos na medula óssea; a leucometria no sangue periférico pode ser menor do que a normal, com relativa linfocitose e neutrófilos multissegmentados. James Scarth Combe (1796-1883) relatou um caso de anemia perniciosa em 1822.

Outras descrições de casos isolados foram realizadas por Sir Thomas Addison e Hermann Lebert, em 1849, mas foi Michael Anton Biermer o autor de descrição clássica, em 1868-1872. Paul Ehrlich (1854-1915) distinguiu depois o tipo aplástico de anemia.

Fontes: Larousse, 1971; Stedman, 1979; www.70.

Bizzozero, Giulio: membro do Instituto Vienense para a História da Medicina. Giulio Bizzozero (Varese, 1846 – Turim, 1901) foi professor de medicina geral na Universidade de Turim, fazendo desta um dos mais importantes centros de estudos médicos da Europa. Estudaram ou trabalharam em seu laboratório Edoardo Bassini, cirurgião que aperfeiçoou a operação para a hérnia inguinal (operação de Bassini); Carlo Forlanini, que introduziu o pneumotórax como tratamento da tuberculose pulmonar; e Antonio Carle e Giorgio Rattone, que demonstraram a transmissibilidade do tétano. Bizzozero também produziu trabalhos nas áreas da histologia e da saúde pública, do controle da malária e da tuberculose. Seus trabalhos mais destacados dizem respeito à descoberta das plaquetas sanguíneas e ao seu papel na hemostasia, bem como à identificação da medula óssea como o centro de produção celular.

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.6; www.14.

Blastomicetos: grupo de fungos patogênicos que se desenvolvem como os levedos, por gemação. Em meio artificial, produzem, às vezes, micélio e conídios. No passado, blastomicetos e sacaromicetos eram considerados sinônimos, mas hoje os primeiros são classificados entre as moniliares. A este grupo pertence o *Blastomyces dermatidis*, agente da blastomicose norte-americana, e o *Paracoccidioides brasiliensis*, causador da blastomicose sul-americana.
(Ver Blastomicose norte-americana; Blastomicose sul-americana).

Fontes: Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Blastomicose: termo que designa várias doenças infecciosas que acometem os homens e outros animais, produzidas pelo desenvolvimento de fungos de diversas espécies, entre eles o *Blastomyces dermatidis* e o *Paracoccidioides brasiliensis*.
(Ver Blastomicose européia; Blastomicose norte-americana; Blastomicose sul-americana; Micose).

Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Blastomicose européia: nome usado, no passado, para designar a criptococose.
(Ver Criptococose).

Fonte: www.17.

Blastomicose norte-americana: causada pelo fungo *Blastomyces dermatitidis*, caracteriza-se por tumores supurados da pele (forma cutânea) e por lesões pulmonares, ósseas, do tecido subcutâneo, do fígado, baço e rins (forma sistêmica). É encontrada nos homens, em cães e em outros animais. Não é transmissível de pessoa a pessoa. Os esporos do *Blastomyces* provavelmente penetram no organismo através do trato respiratório, quando inalados.
A doença começa gradualmente com febre, calafrios e sudorese profusa.
O indivíduo pode apresentar tosse produtiva ou não, dor torácica e dificuldade respiratória. A doença é tratada com antibióticos antifúngicos (anfotericina B) que começam a dar resultados em uma semana, desaparecendo rapidamente o fungo.

Sem tratamento, a infecção piora lentamente e leva à morte. É comum nos Estados Unidos, mas raríssima na América do Sul. Foi descrita por Thomas Gilchrist em 1894, o que a torna conhecida, também, como micose ou doença de Gilchrist.
(Ver Blastomicetos).

Fontes: Larousse, 1971; www.30; www.34; www.58.

Blastomicose sul-americana: causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*, também é conhecida como doença de Lutz ou doença de Lutz-Splendore-Almeida. O processo inflamatório localiza-se na submucosa, e apresenta-se na forma de infiltrado crônico inespecífico, revelando microabscessos e granulomas de células epitelióides gigantes. Atinge a traquéia e o linfonodo. Muitas vezes, ocorrem lesões na mucosa oral, laringe e faringe. As lesões cutâneas resultam de disseminação hematogênica do fungo, e, em geral, estão relacionadas a processo infeccioso de maior gravidade. Estas lesões, de aspecto polimórfico, aparecem na face e em torno de orifícios naturais do corpo, como boca, nariz e ânus. Antibióticos associados a repouso, dieta hiperprotéica e hipercalórica com suplementação vitamínica, são importantes para o tratamento, ainda que a "cura" total seja ainda inalcançável para portadores de paracoccidioidomicose, em razão da impossibilidade de erradicar-se o seu agente causador. As diferentes modalidades terapêuticas apenas diminuem a quantidade de fungos no organismo, permitindo a recuperação da imunidade celular e restabelecendo o equilíbrio entre parasita e hospedeiro. A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica autóctone da América Latina. De caráter endêmico entre as populações da zona rural, acomete principalmente indivíduos do sexo masculino entre 30 e 60 anos, sendo rara a incidência antes dos 14 anos de idade. Tem importância no âmbito da saúde coletiva por incidir sobre a população economicamente ativa e por causar, com freqüência, seqüelas graves, que impedem a volta ao trabalho. Quando não é tratada, geralmente evolui para o óbito. Por muitos anos, prevaleceu o conceito de que a infecção ocorria por implantação do fungo na mucosa oral através de traumas ocasionados pelo hábito de mascar diferentes tipos de vegetais. Atualmente, a via inalatória é considerada a principal porta de entrada da infecção. Em 1908, Adolpho Lutz publicou observações que inauguraram os estudos sobre a blastomicose sul-americana, também conhecida como blastomicose brasileira ou paracoccidioidomicose. Nesse primeiro trabalho, Lutz já separava esta doença daquela descrita por Posadas e Wernicke – a coccidioidomicose.
(Ver Coccidioidomicose).

Fontes: www.3; www.33; www.56.

Boeck, Carl Wilhelm: Médico norueguês nascido em Kongsberg, em 15 de dezembro de 1808. Após freqüentar o Christiania Kathedralskole e o Mollers Institut, estudou medicina na Universidade de Cristiânia, graduando-se em 12 de outubro de 1831. De suas atividades como médico e professor, destacam-se os estudos sobre doenças de pele e sífilis. Boeck inaugurou sua clínica dermatológica em 1850. Dois anos depois, iniciou lá o tratamento da lues por meio da sifilização. Desenvolvido por Joseph Alexandre Auzias-Turenne (1812-1870) a partir de experiências com animais, esse método teve no médico norueguês um ardoroso defensor. Consistia, basicamente, em repetidas inoculações

com material extraído de lesões cutâneas iniciais provocadas pela sífilis, até que o procedimento não suscitasse mais nenhuma reação. No que se refere à lepra, destacam-se as pesquisas realizadas por Boeck em conjunto com Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894), que resultaram no epônimo doença de Danielssen-Boeck, uma forma de lepra caracterizada por hiperestesia seguida de anestesia, ulceração, gangrena e mutilação Em fins da década de 1860, Boeck viajou para a América a fim de estudar a prevalência dessa doença entre os imigrantes noruegueses. Lente em cirurgia, doenças de pele e sífilis na Kongelige Frederiks Universitet a partir de 1846, foi nomeado professor titular de medicina na mesma instituição em 1851. Faleceu em Cristiânia (atual Oslo) em 10 de dezembro de 1875, um ano após ter ingressado no departamento de pele do Rikshospitalet – Hospital Nacional de Pesquisas da Noruega.
(Ver Danielssen, Daniel Cornelius; Lepra).

Fontes: www.230.

Bolor: nome comum do mofo, freqüentemente encontrado nas superfícies das matérias orgânicas em geral, proliferando fungos dos gêneros *Mucor*, *Penicillium*, *Aspergilus* etc.
(Ver Fungo).

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Bouba: também conhecida como buba, piã, rupia, botão de Amboína, framboesia, micose framboesióide, polipapiloma, granuloma tropical, papiloma zimótico ou, ainda, doença de Breda. Doença tropical contagiosa causada pelo espiroqueta *Treponema pertenue*, caracteriza-se por lesões cutâneas seguidas de erupção granulomatosa generalizada e, por vezes, de lesões destrutivas tardias da pele e dos ossos. A doença pode destruir a cartilagem do nariz, os ossos e as juntas, a ponto de tornar inválido o paciente. A bouba pode ser curada com injeções de penicilina. O uso generalizado dessa droga, desde a década de 1950, reduziu consideravelmente o número de casos em todo o mundo. Os espiroquetas da bouba, parecidos com os que causam a sífilis, penetram no corpo através de corte ou arranhão na pele, contraindo-se a doença na maioria das vezes pelo contato com uma pessoa já infectada. Do ponto de vista morfológico, é praticamente impossível diferenciar o *Treponema pertenue* do treponema da sífilis. Entretanto, ao contrário deste, o da bouba não afeta o sistema nervoso central ou cardiovascular. Endêmica no início do século XX, a doença atingia principalmente as regiões tropicais da África e das Américas, as ilhas Polinésias, o Ceilão (Sri Lanka), a Malásia e outras partes dos trópicos orientais. Nas regiões onde ocorria de forma endêmica, tornava-se freqüentemente epidêmica.
(Ver Espiroqueta pertenue).

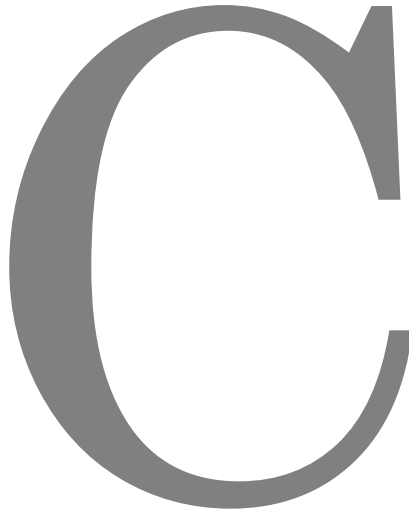
Fontes: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979; Veronesi, 1982.

Breda, Achille: dermatologista italiano (1850-1947), foi pupilo de Ferdinand von Hebra, membro do Instituto Vienense para a História da Medicina e presidente do Instituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti no período de 1926 a 1928. Estudou a bouba que, por isso, é chamada também de doença de Breda.
(Ver Bouba).

Fontes: Cardenal, 1947; www.14; www.15.

Brocq, Louis-Anne-Jean: dermatologista francês nascido em Laroque-Timbaut no dia 1º de fevereiro de 1856. Concluiu o curso de medicina em 1878 e recebeu o título de doutor no ano de 1892, em Paris. Prosseguiu seus estudos com Jean Alfred Fournier (1832-1915), Jean Baptiste Emile Vidal (1825-1893) e Ernest Henri Besnier (1831-1909). Em 1891, tornou-se médico do Hospício la Rochefoucauld e, cinco anos mais tarde do Hospital Broca, onde, com muito esforço, estabeleceu um departamento de pesquisa dermatológica abundantemente equipado. De 1906 até sua aposentadoria em 1921, trabalhou no Hospital Saint-Louis, instituição em que exerceu intensa atividade como professor. Líder da escola dermatológica francesa em seu tempo, Brocq foi membro da Academia de Medicina e autor do primeiro tratado de dermatologia em idioma francês, *Pratique dermatologique*. Emprestou seu nome a um grande número de enfermidades, entre as quais a doença de Brocq-Duhring ou Duhring-Brocq e a síndrome de Brocq-Pautrier. Faleceu na cidade de Paris em 18 de dezembro de 1928.
(Ver Doença de Duhring; Duhring, Louis Adolphus).
Fontes: www.123.

Buschke, Abraham: dermatologista alemão (1868-1943), estudou em Breslau, Greisswald e Berlim, doutorando-se nesta última cidade em 1891. Tornou-se professor titular da Universidade Friedrich-Wilhem, em Berlim, em 1908, e professor extraordinário, em 1920, aposentando-se em 1933. Foi assistente na clínica cirúrgica chefiada por Heinrich Helferich (1851-1945), em Greisswald; na clínica dermatológica de Albert Neisser (1855-1916), em Breslau; e ainda na de Edmund Lesser (1852-1918), em Berlim. Em 1904, assumiu a chefia do departamento de dermatologia em Urban-Krankenhaus, e, a partir de 1906, foi chefe de dermatologia do hospital Rudolf-Virchow, com 400 leitos destinados a pacientes com doenças dermatológicas. Essa vasta experiência clínica nutriu a elaboração de numerosos artigos. As doenças venéreas foram uma das principais áreas de interesse de Buschke, sobretudo a sífilis e a gonorréia. Vítima dos nazistas, foi, juntamente com sua esposa, encarcerado no campo de concentração Theresienstadt (Terezín), no norte da Boêmia, Tchecoslováquia, onde morreu de inanição em 1943.
(Ver Blastomicose européia; Criptococose; *Cryptococcus neoformans*).
Fontes: www.16; www.18.

Busse, Otto: médico alemão nascido em 1867, em Gühlitz, e falecido em 1922, em Zurique, Suíça. Doutorou-se em medicina em Greifswald (Alemanha), em 1892. Dez anos depois, nessa mesma cidade, tornou-se assistente do Instituto Patológico, sob a orientação de Paul Otto Grawitz. Em 1904, Busse assumiu a chefia do Departamento de Anatomia Patológica do Instituto Higiênico existente em Posen. Tornou-se professor de anatomia patológica em Zurique em 1911. Busse é conhecido principalmente por suas investigações sobre fungos patogênicos, tendo publicado *Die Hefen als Krankheitserreger* (As leveduras como fungos patogênicos) em Berlim, em 1897. Estudou a blastomicose européia que, por isso, é chamada também de doença de Busse-Buschke.
(Ver Blastomicose européia; Criptococose; *Cryptococcus neoformans).*
Fontes: www.25; www.55.

Canaca: natural ou habitante do Havaí. Designa também os nativos da Nova Caledônia e de outras ilhas da Melanésia, no Oceano Pacífico.

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Webster, 1971.

Cancro duro: lesão típica da sífilis primária, caracterizada por ulceração dura e indolor, geralmente localizada na região genital. Constitui a primeira fase da doença, que vai desde o desenvolvimento do cancro até o surgimento da erupção. Inicia-se, geralmente, cerca de um mês após o contágio e involui espontaneamente em três a cinco semanas. Durante muito tempo, as manifestações clínicas da sífilis foram identificadas às da gonorréria. Em 1838, o dermatologista francês Phillippe Ricord (1800-1889) estabeleceu as diferenças entre elas e definiu os estágios primário, secundário e terciário da sífilis. Também chamado cancro sifilítico ou lesão primária. (Ver Sífilis).

Fontes: Bier, 1957; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992; www.164.

Cancro mole: também conhecido como cancróide, cancro venéreo simples, úlcera de Ducreyi, úlcera mole, úlcera venérea simples, ou, popularmente, como "cavalo". Trata-se de uma infecção aguda, tipicamente humana e de transmissão sexual, causada pelo *Haemophilus ducreyi*, um cocobacilo gram-negativo, com as extremidades arredondadas, de difícil crescimento em meios de cultura (mesmo em condições ideais, apenas 65% têm o crescimento esperado). Somente em 1900 Fernand Bezançon conseguiu cultivar esse microrganismo em meios à base de gelose e sangue de coelho. A etiologia do cancro mole foi objeto de intensa disputa até a segunda metade do século XIX. Enquanto alguns autores sustentavam sua identidade com o cancro sifilítico, outros afirmavam tratar-se de nova patologia, originada de um germe singular. As características específicas da doença foram estabelecidas por Léon Bassereau (1810-1887) em *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis* (Tratado das afecções sintomáticas da sífilis na pele), e por Phillippe Ricord (1800-1889), em "Lettres sur la syphilis" (endereçadas ao editor chefe da *Union*

Médicale), ambos publicados em Paris, em 1852. Em 1889, o médico italiano Augusto Ducrey (1860-1940) isolou o agente causador do cancro mole e conseguiu reproduzir no homem a ulceração típica e todos os estágios da enfermidade. Ainda nesse ano, a experiência de Ducrey foi reproduzida por Charles Nicolle (1866-1936), em macacos. A existência do bacilo foi comprovada também por Primo Ferrari e Mannino De Luca, em 1889, e por Paul Gerson Unna (1850-1929), em 1892. A doença ataca principalmente a genitália externa, mas pode comprometer o ânus e, mais raramente, os lábios, a boca, a língua e a garganta. Caracterizada por ulceração acompanhada de adenite infecciosa e abscesso ganglionar, a afecção tem nítido predomínio no sexo masculino, mas ocorre também em mulheres. Contagiosa por inoculação, dissemina-se por meio do pus gerado no local da infecção. De quatro a cinco dias após o coito, surge uma pápula inflamatória que evolui, em dois a três dias, para uma ulceração típica bastante dolorosa, que pode ser múltipla, mas na maioria dos casos é única. Embora haja uma associação entre cancro mole e sífilis em cerca de 10% das úlceras genitais, no caso do cancro mole estas apresentam-se com uma consistência não endurecida (mole), bordos avermelhados e bem definidos, a pique, fundo sujo e purulento e odor fétido. Diferentemente da úlcera sifilítica, o cancróide não cicatriza espontaneamente. Não existe teste sorológico que permita o diagnóstico deste; o diagnóstico se faz clinicamente pela identificação da úlcera característica surgida logo após o contato sexual suspeito. Com o uso precoce de antibióticos, não ocorre progressão da adenopatia, mas em casos não-tratados pode evoluir para supuração e fistulização por um único orifício. As primeiras medicações usadas, já na era dos antibióticos, foram as sulfas, depois, as tetraciclinas. O custo é alto em virtude do emprego de medicamentos caros, o que dificulta o tratamento em países pobres, como o Brasil.

O uso de eritromicina fornecida pelo sistema de saúde pública é uma opção boa para todos os casos da doença. Em razão de sua natureza, os parceiros sexuais devem ser tratados conjuntamente. Vacinas para cancro mole estão em fase de desenvolvimento. Considerada a principal doença sexualmente transmissível antes do advento dos antibióticos, continua a ser a causa mais comum de úlceras genitais nos países em desenvolvimento. Após a introdução das sulfonamidas houve queda vertiginosa de sua incidência, mas voltaram a aumentar os casos registrados em certos países a partir do final da década de 1960. A doença permanece endêmica em muitas regiões onde as condições sócio-econômicas são precárias, tendo a prostituição importante papel em sua disseminação. (Ver Cancróide; Sífilis).

Fontes: Bier, 1957; Brouardel & Gilbert, 1896; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992; www.78; www.79; www.80; www.175.

Cancróide: que se assemelha ao câncer, possuindo grau menor de malignidade. Termo usado, também, para caracterizar um epitelioma (tumor de natureza epitelial), com tendência ao endurecimento, também referindo-se a neoplasia maligna (por exemplo, carcinoma de célula basal e outros).

O termo cancróide também é utilizado como sinônimo da doença cancro mole. (Ver Cancro mole).

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Caquexia: termo que hoje define o grau extremo de enfraquecimento ou a falta geral de nutrição e o desgaste que ocorrem durante doença crônica ou distúrbio emocional. Em Cardenal (1947), é definido como estado de transtorno constitucional profundo e progressivo, originado por diversas causas; e, segundo Murray (1910), o termo era utilizado para caracterizar pacientes que sofriam de tumores malignos ou estados doentios causados por sífilis, disenteria e outras doenças crônicas (a malária, por exemplo, na chamada caquexia palustre). Os indivíduos nessa condição ficam anêmicos e debilitados; a pele se enruga e perde a elasticidade, passando a ter uma aparência amarelada; há perda ou alteração de apetite. A Encyclopædia Britannica (2001) indica que, na década de 1990, descobriu-se a eficácia do uso da talidomida no tratamento da caquexia em pacientes com doenças como Aids, tuberculose e lepra, e que a caquexia seria causada, aparentemente, pela superprodução, pelo corpo, de TNF (*tumor necrosis factor* – fator de necrose tumoral), proteína naturamente produzida pelas células fagocitárias do organismo humano, que podem englobar e destruir bactérias, vírus e outras substâncias estranhas.

Fontes: Cardenal, 1947; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Encyclopædia Britannica, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910.

Carbol sublimado (C_2H_5OH): composto cristalizado incolor obtido pela destilação do breu de carvão. Pela adição de 10% de água, converte-se num líquido claro, de odor peculiar e sabor ardente. É um germicida poderoso, mas muito tóxico. Em solução a 2,5%, era usado externamente no tratamento de feridas e úlceras; e, internamente, em casos de difteria e bronquite fétida. É empregado, também, a 5%, como desinfetante do ambiente e dos instrumentos cirúrgicos, bem como das mãos do cirurgião. Em estado puro, é cáustico e anestésico local. Era usado, ainda, sob a forma de pomada (a 10%).

Fontes: Cardenal, 1960.

Carcinoma: qualquer dos vários tipos de neoplasia maligna relacionados ao tecido epitelial, opondo-se, assim, aos sarcomas, tumores cancerosos conjuntivos. Em ambos os sexos, ocorre principalmente na pele e no intestino grosso; no homem, no brônquio, estômago ou próstata; e na mulher, na mama e cérvix. Os carcinomas são identificados, histologicamente, pela capacidade invasiva e por alterações que indicam anaplasia, isto é, perda da polaridade dos núcleos, perda da maturação ordenada das células, variação no tamanho e forma delas, acúmulo de cromatina nos núcleos e aumento na reação nuclear/citoplasmática. Os carcinomas podem ser indiferenciados ou podem se assemelhar a um dos tipos de epitélio normal. Tendem a invadir tecidos circundantes, originando metástases.

Fontes: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Cardol: líquido oleoso, amarelado, irritante e vesicante, extraído do pericarpo da castanha do caju, fruto encontrado em árvores e arbustos da espécie *Anacardium occidentale*. Ao final do século XIX, alguns médicos recomendavam seu uso externo em casos de lepra e úlceras cutâneas graves. Em uso interno, foi empregado como vermífugo, não apresentando ação vesicante sobre o tubo digestivo. Utiliza-se o termo cardol, ainda, para designar uma substância obtida pela

combinação química da solução de bromo ou hipobromito de sódio com a solução de salol. Também conhecido como tribromosalol – pó cristalino, incolor, insípido, insolúvel em água, dificilmente solúvel em álcool, ácido acético e clorofórmio –, foi preconizado, no passado, como antisséptico intestinal, hipnótico, analgésico e hemostático.

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Littré & Gilbert, 1908.

Cavacava: nome popular de uma erva da família Piperaceae, cuja designação científica é *Piper methysticum*. De suas raízes é preparado um pó com propriedades afrodisíacas, analgésicas, anestésicas (local), tranqüilizantes, anticonvulsivantes, antidepressivas, antiinflamatórias, espasmolíticas, narcóticas e relaxantes. Proibida em certos países (por exemplo, a França), é indicada para estados de agitação, angústia, ansiedade, depressão, estresse, insônia e tensão. O uso da cavacava deve ser evitado em caso de mal de Parkinson, gravidez e amamentação. Também devem evitá-la os usuários de antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos ou outras substâncias que causem abatimento do sistema nervoso central (hipnóticos, sedativos etc.). O uso prolongado em altas doses pode resultar em inflamações no corpo e nos olhos. Inicialmente, tem efeito estimulante, mas leva a depressão e até mesmo à paralisia do sistema respiratório. Também pode provocar graves prejuízos ao fígado. Foi durante muito tempo prescrita para o tratamento da gonorréia, da incontinência, das vaginites e outras doenças.

Fontes: www.103; www.131.

Chalmugra: óleo amarelo retirado das sementes de *Taraktogenos kurzii* (família Bixaceae). Contém os ácidos chaumógrico, ginocárdico e hidnocárpico. Há muitos séculos utilizado no Oriente para o tratamento da lepra e de outras doenças de pele, o óleo de chalmugra foi incorporado à medicina ocidental somente no século XIX, quando o médico britânico Frederic John Mouat, do *Medical College Hospital* de Calcutá, passou a empregá-lo (1854). Originalmente, o óleo era ingerido ou aplicado topicamente nas áreas leprosas do corpo. Embora a administração oral fosse mais eficiente, causava intensas náuseas nos pacientes. Para diminuir as reações adversas, Isadore Dyer, do *Louisiana Leper Home*, em Carville, passou a utilizar, em 1901, o óleo de chalmugra em forma de pastilhas. Posteriormente, outros médicos tentaram encapsular a substância ou mesmo adicionar água para diminuir as náuseas, mas não foram bem-sucedidos. Pouco antes, em meados da década de 1890, o óleo começou a ser administrado por meio de injeções intramusculares e subcutâneas. Esse método atenuava as náuseas mas era doloroso e produzia fortes reações locais e febre. Por volta de 1913, Victor Heiser e Elidoro Mercado experimentaram no San Lazaro Hospital, em Manila, injeções hipodérmicas contendo chalmugra e uma solução de cânfora e resorcina, para facilitar a absorção da substância. Ainda na década de 1910, começaram a ser utilizados alguns derivados do óleo de chalmugra, como o ácido ginocárdico e os ésteres etílicos. Na década de 1940, foram gradualmente substituídos, mas não sem resistências, pela sulfona e seus derivados no tratamento do mal de São Lázaro. A toxidez desses antibióticos, somada ao

elevado custo de sua utilização em massa, assegurou, contudo, o uso por mais alguns anos do óleo de chalmugra, até mesmo como complemento das novas terapias. Em 1953, um comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde deu unânime sanção à superioridade das sulfonas no tratamento da hanseníase, sanção corroborada no Sexto Congresso Internacional de Lepra, reunido em Madri naquele mesmo ano. Durante o século XIX acreditou-se que o óleo de chalmugra fosse extraído das sementes da *Gynocardia odorata*. Tal engano deve-se, provavelmente, aos estudos de William Roxburgh, cirurgião e naturalista que foi o primeiro (ou um dos primeiros) a descrever, no Ocidente, o medicamento e seu uso contra a lepra. No catálogo de plantas que publicou em 1815, Roxburgh identificou equivocadamente como sementes de *Gynocardia odorata* as que provinham da Kalaw, uma árvore indicada pelo folclore birmanês e indiano como capaz de curar a lepra. Somente em 1901 David Prain relacionou sementes do óleo de chalmugra vendidas em Calcutá à verdadeira espécie, a *Taraktogenos kurzii*. Experiências realizadas por Frederick B Power, em 1904, comprovaram que a *Gynocardia odorata* não produzia o óleo de chalmugra. Os primeiros textos aiurvédicos escritos no sul da Índia também associam o chalmugra à espécie posteriormente denominada *Hydnocarpus wightiana* (família Flacourtiaceae).
(Ver Ácido chalmógrico; Lepra).

Fontes: Grant, 1944; Obregón, 2002; Parascandola, 2003; Stedman, 1979.

Charcot, Jean-Martin: médico francês nascido em Paris a 29 de novembro de 1825, no seio de uma família originária de Champagne. Considerado o precursor da patologia nervosa moderna, foi o primeiro professor da matéria, assumindo em 1872 a cátedra da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Foi, também, um dos fundadores de famosa clínica neurológica na França, em La Salpêtrière, hospital assim chamado por ter sido inaugurado em local onde antes funcionara o depósito de armamentos e pólvora de Luís XIII. O nome de Charcot está ligado a grande número de descobertas, principalmente na área dos estudos do sistema nervoso. Seus experimentos com a hipnose para a investigação da histeria atraiu a suas aulas enorme quantidade de alunos. Entre os discípulos que se tornaram famosos estavam Desiré-Magloire Bourneville, Joseph Jules Babinski, Pierre Marie e Sigmund Freud, o qual utilizou as técnicas de hipnose para investigar as origens psicológicas da neurose. Charcot interessou-se pela doença de Parkinson, a esclerose lateral amiotrófica – conhecida como "doença de Charcot" –, a poliomielite, a tabes; estabeleceu a diferença entre as convulsões histéricas e epiléticas e o papel motor da circunvolução frontal ascendente do cérebro. Jean-Martin Charcot foi também vice-presidente da Sociedade de Biologia (1860), membro da Academia de Medicina (1872), da Academia de Ciências (1883) e de várias outras sociedades científicas. A partir de 1890, seu estado de saúde deteriorou-se, e Charcot sofreu vários ataques de angina até falecer, repentinamente, de edema pulmonar, a 16 de agosto de 1893, em Lac des Settons, Nièvre.
(Ver Cristais de Charcot).

Fontes: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Larousse, 1998; www.87; www.118.

Cloral hidratado ou hidrato de cloral [$Cl_3CHO(OH)_2$]: substância extremamente tóxica e irritativa das mucosas, empregada na fabricação de diclorodifeniltricloretano, inseticida mais conhecido pela sigla DDT. Descoberta em 1832, é obtida pela combinação de cloro com álcool. Quando acrescido de água, forma o hidrato de cloral, usado como soporífero.

Fontes: www.82; www.88; www.89.

Clorose: afecção anêmica que parece ser mais comum em mulheres jovens, evidenciada pela tonalidade amarelo-esverdeada da tez e relacionada a distúrbios na menstruação ou desânimo geral. Denominada *Morbus virginum* na Idade Média (conceito emprestado de Hipócrates), depois *Morbus amatorium* e *Febris alba virginica*. Também conhecida como anemia clorótica, cloranemia e cloremia.

Fontes: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Murray, 1910.

***Cocainum muriaticum* [$C_{17}H_{21}NO_4HCl$]**: ou cloridrato de cocaína: Composto químico obtido a partir do tratamento da pasta de coca, extraída das folhas da planta *Erythroxylum coca*, com ácido clorídrico. Apresenta-se em forma de cristais incolores ou pó cristalino branco. É solúvel em água e álcool, insolúvel em éter, podendo constituir droga venenosa e causadora de dependência. O alcalóide cocaína foi isolado pela primeira vez em 1859 pelo médico alemão Albert Niemann (1834-1861), da Universidade de Göttingen. Somente em 1880, as propriedades anestésicas da cocaína foram reconhecidas pelo russo Vassili von Anrep, da Universidade de Würzburg. Utilizada inicialmente como anestésico local em cirurgias oftalmológicas, o cloridrato de cocaína ganhou o apoio de médicos no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. Entusiasmado com os estudos de Theodor Aschenbrandt, que descreveu o reforço, propiciado pela substância, da resistência de soldados bávaros em manobras militares, o jovem neurologista Sigmund Freud (1856-1939) afirmou que pequenas doses regulares podiam ser bem-sucedidas no tratamento da depressão e da indigestão. Nesse período, a cocaína foi comercializada livremente para uso medicinal, sendo também administrada como tônico, em forma de supositórios e de pastilhas expectorantes.

Fontes: Turner, 1950; www.7; www.201; www.232.

Coccidioidomicose: doença causada por fungos da espécie *Coccidioides immitis*, também conhecida como doença de Posadas, doença de Posadas-Wernicke, micose de Posadas, doença de Posadas-Rixford, doença de Wernicke-Posadas, granuloma coccidioidal, doença da Califórnia, ou, ainda, reumatismo do deserto, febre do deserto, febre de São Joaquim, febre do Vale de São Joaquim e febre do vale. É causada por partículas de poeira contendo o artroconídio do *Coccidioides immitis*, fungo que viceja em regiões dos Estados Unidos (Arizona, Novo México, oeste do Texas e Vale de São Joaquim, na Califórnia), na parte baixa do Deserto de Sonora (que cobre as áreas do sudoeste do Arizona, sudeste da Califórnia, a maior parte da Baja California e a metade oeste do estado de Sonora, no México), em partes da América Central, Argentina, e no noroeste do México. Desastres naturais, como tempestades de vento e terremotos, contribuem para o aparecimento da doença. As áreas endêmicas estão restritas a regiões

desérticas ou semi-áridas semelhantes ao Nordeste do Brasil, onde alguns casos também têm sido relatados. São mais suscetíveis à doença fazendeiros e trabalhadores que manipulam o solo, e que têm, assim, maior probabilidade de inalar os esporos do *Coccidioides immitis*. Grande parte dos indivíduos com a forma aguda primária não apresentam sintomas. Quando estes ocorrem, podem se manifestar de uma a três semanas após a infecção. Alguns indivíduos apresentam o chamado reumatismo do deserto, uma condição caracterizada por conjuntivite, artrite e eritema noduloso. A doença ocorre sob a forma aguda primária, isto é, como infecção pulmonar leve que desaparece sem tratamento, ou sob a forma progressiva, como infecção grave que se dissemina por todo o corpo (ossos, fígado, baço, rins, cérebro e meninges). Neste caso, é freqüentemente fatal. Os indivíduos com a forma progressiva são tratados com substâncias antimicóticas (anfotericina B intravenosa ou com fluconazol oral). Não se observou até hoje a transmissão do animal para o homem, nem do homem para o homem. A doença foi diagnosticada, inicialmente, na Argentina por Robert Johann Wernicke e Alejandro Posadas, em 1892. Esses médicos publicaram trabalhos independentes nos quais descreviam um quadro inicial de micose fungóide com psorospérmios. O cirurgião Emmet Rixford observou outro caso da doença, em 1893; novos casos foram registrados na Califórnia em 1894 e 1896, isolando-se o fungo a partir do solo das áreas desérticas do Vale de São Joaquim. O organismo causador da doença foi denominando *Coccidioides immitis* e definitivamente caracterizado por William Ophüls e H. C. Moffit (1871-1933) em "A new pathogenic mould formely described as a protozoan: *Coccidioides immitis pyogenes*: preliminary report", *Philadelphia Medical Journal*, 1900, n.5, p.1471-2.
(Ver Psorospermose; Blastomicose sul-americana).

Fontes: Houaiss, 2001; www.19; www.29; www.34; www.38.

Coccídios: gênero de protozoários que parasitam vertebrados e invertebrados. Atacam o epitélio intestinal, as células sanguíneas e outras células do hospedeiro. São seres unicelulares destituídos de organelas especiais de locomoção. Fazem parte do filo dos apicomplexos, uma das subdivisões do reino dos protistas, que reúne outras espécies parasitas de animais, cujos ciclos de vida incluem estágios de esporo ou cisto.
(Ver Psorospérmios; Psorospermose).

Fontes: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Cogumelo: corpo de frutificação relativamente grande de fungos da classe dos Basidiomycetes, fungos filamentosos, providos de hifas septadas, com reprodução sexuada por basidiósporos. Esses fungos pluricelulares, destituídos de clorofila, são constituídos de duas partes: a que fica dentro da terra, o micélio, vive da matéria em que está imersa e que lhe fornece alimento; a parte acima da terra, chamada corpo de frutificação ou basidiocarpo, produz células chamadas basidiósporos, a partir dos quais desenvolvem-se novos seres. O chapéu, que as pessoas habitualmente chamam de cogumelo, é, na realidade, o otalo ou estipe que brota do micélio.
(Ver Esquizomiceto; Fungo; Hifa).

Fontes: Houaiss, 2001; Silveira, 1981.

Colódio: líquido pesado e incolor, obtido através da dissolução da poroxilina, ou algodão-pólvora, em éter

e álcool. Quando estendido sobre uma superfície, esse líquido viscoso forma uma película protetora depois que evapora o solvente, o que explica a expressão "colódio sublimado" empregada por Adolpho Lutz. É usado como veículo para a aplicação local de substâncias medicinais, para revestir feridas, queimaduras e úlceras de modo a impedir a ocorrência de infecção, e ainda, como protetor de lâminas, na fabricação de tampões impermeáveis ao ar e de filtros especiais para estudos sobre vírus.

Fontes: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Coloração: técnica de preparação de cortes microscópicos; consiste em embebê-los em corantes que se fixam eletivamente em tais ou quais elementos, tornando mais fácil sua observação. Para os tecidos animais, emprega-se a hematoxilina, a eosina e o azul-de-metileno, a água iodada etc; em bacteriologia, usa-se especialmente a fucsina amoniacal (método de Gram), que divide as bactérias em gram-positivas e gram-negativas, conforme fixem ou não o corante. (Ver Fucsina; Método de Gram).

Fontes: Larousse, 1971.

Coloração de van Gieson: método de corar preparações histológicas com o mais antigo corante em uso, o de van Gieson, constituído por 0,05 parte de fucsina ácida e cem partes de solução de ácido pícrico saturado. Em presença do ácido pícrico, a fucsina ácida cora o tecido colágeno em vermelho intenso, muito eletivo. O método tem o defeito de dar coloração muito pálida aos citoplasmas suscetíveis ao ácido pícrico. (Ver Ácido pícrico; Fuscina).

Fontes: Cardenal, 1947; Fernandes, 1943.

Condiloma: designação de vários tipos de lesões, cutâneas ou das mucosas, sexualmente transmissíveis, causadas por vírus e bactérias, entre as quais destaca-se a pápula úmida e plana da sífilis secundária, também conhecida como condiloma latum. Tem a forma de um tumor benigno arredondado, de uma verruga molusciforme ou de uma excrescência papiliforme, ocorrendo, em geral, no ânus, na vulva ou sobre a glande do pênis. Segundo Murray (1910), os condilomas eram comumente encontrados em conexão com a umidade e irritação devidas às secreções corrosivas, especialmente as resultantes de infecções venéreas. D'Elia (1926) diferenciava os condilomas acuminado e plano.

Fontes: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Condroma: tumor benigno ou crescimento semelhante a um tumor de células mesodérmicas que formam a cartilagem.

Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Condurango: designação comum de determinadas espécies de plantas trepadeiras nativas das Américas do Sul e Central. A casca da espécie *Gonolobus condurango*, também conhecida como *Marsdenia condurango* (família Asclepiadaceae), era utilizada, no passado, no tratamento de câncer. A espécie de condurango nativa do Brasil, pertencente à família das vitáceas (*Vitis sulcicaulis*) – conhecida popularmente como chupão, cipó-d'água, cipó-mãe-boa, mãe-boa – tem caule sarmentoso, seiva potável, folhas adstringentes, flores esverdeadas e fruto comestível em forma de baga ovóide e preta, com semente.

Fontes: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Grant, 1944; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Cornil, André Víctor: médico e político francês, nascido em Cusset, em 1837, e falecido em Menton, em 1908. Deputado, professor da Faculdade de Medicina de Paris, é autor de trabalhos sobre histologia e bacteriologia. Em 1875, relatou o uso de tinturas de anilina para reconhecer os amilóides, substância glicoprotéica que ocorre como depósitos patológicos extra-celulares abaixo do endotélio de capilares ou sinusóides, nas paredes de arteríolas e em vários órgãos. Com um método de coloração metacromático, baseado no violeta de metila, Cornil pôde reconhecer a natureza extracelular dessas formações anormais. Em colaboração com Victor Babes (1854-1926), publicou, em 1885, *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses* (As bactérias e sua relação com a anatomia e histologia patológica das doenças infecciosas). Com Louis-Antoine Ranvier (1835-1922), Cornil escreveu *Manuel d'histologie pathologique*, um manual de histopatologia que é considerado um dos marcos da medicina do século XIX.

Fontes: Larousse, 1971; www.26; www.27; www.28.

Creosoto: líquido oleoso, volátil, pirogêneo e de odor penetrante, obtido pela destilação de alcatrão da madeira de algumas espécies vegetais. Constituído por uma mistura de diversos fenóis (principalmente de metilguaiacol, guaiacol e creosol), é solúvel em água, álcool, éter ou clorofórmio. Na medicina, foi utilizado como antisséptico, anestésico local e cáustico. Era também usado como expectorante e contra a cárie dentária. (Ver Guaiacol).

Fontes: Grant, 1944; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Criptococose: no passado, conhecida como blastomicose européia, doença de Buschke ou doença de Busse-Buschke; também foi chamada de torulose porque o agente causador teve como sinonímia o nome "torula histolítica". Trata-se de uma infecção aguda, subaguda ou crônica relacionada a uma micose pulmonar, sistêmica ou meníngea. O agente é o *Cryptococcus neoformans*, levedura encapsulada que existe em toda parte e que, em geral, é inalada. A infecção pulmonar primária é freqüentemente assintomática, e pode permanecer no pulmão ou desenvolver uma forma crônica com lesões em outros órgãos do corpo.
A criptococose é considerada uma infecção oportunista, pois afeta principalmente indivíduos que sofrem de imunossupressão.
O gênero *Cryptococcus* compreende 37 espécies, mas o maior patógeno humano é o *C. neoformans*. A literatura médica relata poucos casos de criptococose causados por outras espécies (*C. albidus* e *C. laurentii*).

A doença foi descrita pela primeira vez em 1893, por Otto Busse e Abraham Buschke, na Alemanha. Na perna esquerda de uma paciente de 31 anos, reconheceram, inicialmente, um tumor, mas ao retirarem pus da lesão óssea, os dois médicos identificaram o parasito no exame miscroscópico e em culturas, daí resultando a identificação do primeiro caso de criptococose.
A doença já foi observada, esporadicamente, em todos os mamíferos domésticos, mas ocorre, sobretudo, em gatos e cães; poucas vezes foi assinalada em eqüinos. Pode causar o aparecimento de massas tumorais de aspecto mucóide, ou lesões sem aumento de volume, mas de consistência gelatinosa em qualquer parte do organismo, com acentuada

preferência pelo cérebro e pelas meninges. Não obstante a criptococose seja chamada de blastomicose européia, Rhoda Behnam demonstrou, em 1934, que é diferente da blastomicose.
(Ver *Cryptococcus neoformans)*.

Fontes: Stedman, 1979; www.17; www.59.

Criptógama: designa originalmente um dos dois grupos incluídos por Carl von Linné 1707-1778) no reino vegetal, o qual incluía algas, fungos, musgos e fetos. Atualmente, não existe mais como grupo sistemático, com a transferência de seus componentes para outros grupos. O termo continua sendo utilizado, porém, para designar qualquer vegetal que não possui órgão sexual aparente e que se reproduz por meio de esporos ou gametas, em vez de sementes.

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; www.158.

Crisarobina: mistura de substâncias do angelim-araroba (*Vataireopsis araroba*), árvore frondosa nativa do Brasil. Ela produz flores róseas e vagens ovóides, e da casca que reveste sua madeira de qualidade obtém-se, por trituração, o pó de araroba. Também conhecida como extrato de pó de Goa, a crisarobina é uma mistura complexa de produtos de redução de ácido crisofânico, emodina e éter monometílico de emodina. Era usada como antissépico e purgante, sendo também eficaz no tratamento da psoríase, de eczemas e de doenças cutâneas, especialmente aquelas de caráter parasitário, como pitiríase versicolor, tinha tonsurante e eczema marginado.

Fontes: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.64.

Cristais de Charcot: coleções de cristalóides octaédricos formadas pela proteína de membrana do eosinófilo, um granulócito que estabiliza e preserva corantes ácidos e que está associado a processos defensivos e inflamatórios do organismo. São encontrados no escarro de indivíduos com bronquite asmática, nas fezes de pacientes com colite ulcerativa e no sangue de leucêmicos. Friedrich Albert von Zenker (1825-1898) foi o primeiro a observar esses cristais em 1851; dois anos depois, foram descritos, concomitantemente, por Jean-Martin Charcot e Charles-Philippe Robin (1821-1885). Em 1872, Ernst Viktor von Leyden (1832-1910) estudou-os, e por isso são chamados de cristais de Charcot-Leyden. Outras denominações são cristais de Charcot-Robin, cristal da asma e cristal de Arthus (Nicolas Maurice Arthus, 1862-1945).
(Ver Charcot, Jean-Martin).

Fontes: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; www.87; www.118.

Croococáceas: designação comum das algas cianofícias da ordem *Chroococcales*. São constituídas por células simples independentes, não diferenciadas na base e no ápice. Multiplicam-se por divisão celular simples, podendo, em seguida, permanecer reunidas em colônias de forma característica (laminar, esférica). Incluem espécies bênticas ou planctônicas, algumas aerofíticas, outras formando parte de líquens.

Fonte: Joly, 1977; Quer, 1965.

Crudeli, Corrado Tommasi: médico italiano nascido na Toscana, em 1834, e falecido em 1900. Discípulo de Rudolf Virchow (1821-1902), Tommasi Crudeli é conhecido sobretudo como um dos primeiros citologistas do século XIX,

fundador de duas faculdades de medicina na Itália, do Instituto Nacional de Higiene em Roma e de um hospital na Sicília. Foi, também, autor da primeira reforma sanitária da Itália unificada. Professor de anatomia patológica em Roma, descreveu, em 1879, juntamente com o bacteriologista alemão Edwin Klebs, o *Bacillus malariae*, microrganismo que encontraram no solo da campanha romana e que consideraram o causador da malária. Encontrado em solo úmido e no ar de baixas altitudes, seria cultivável em gelatina de peixe. De acordo com os dois pesquisadores, a injeção de solo infectado com tal microrganismo em coelhos produzia, nestes, febre malárica e dilatação do baço, reações distintas daquelas notadas em experimentos com solo de regiões livres de malária. Consta, ainda, que teriam verificado que humanos submetidos a uma injeção de cultura pura do *Bacillus malariae* desenvolviam os sintomas característicos da doença. (Ver Klebs, Edwin).

Fontes: www.127; www.180; www.224; www.203.

Cryptococcus neoformans: uma das 37 espécies do gênero Cryptococcus, que se reproduz por brotamento e que não desenvolve esporos. O *Cryptococus neoformans* é um fungo encapsulado, que mede de 4 a 6 mícrons, envolto por uma cápsula de polissacarídio, cuja espessura varia de 1 a 30 mícrons. Principal agente causador da criptococose (também conhecida como blastomicose européia ou torulose), ataca a pele, os pulmões e, principalmente, o cérebro e suas membranas. O *C. neoformans* foi primeiramente isolado a partir do suco de pêssego, na Itália, em 1894, por Francesco Sanfelice. Quase na mesma época, dois médicos alemães, Abraham Buschke e Otto Busse, isolaram o fungo a partir de lesões que tinham a aparência de um sarcoma. Sanfelice chamou essa levedura criptógama de *Saccharomices neoformans*; Busse denominou-a *Saccharomyces hominis*. A doença causada pelo fungo seria chamada de sacaromicose. Em 1895, o patologista francês Ferdinand Curtis descreveu aquele fungo como parasita vegetal pertencente à espécie das leveduras que causavam tumores macios nos tecidos, alguns deles de aparência mixomatosa. Curtis deu a essa levedura encapsulada o nome de *Megalococcus myxoides*. Em 1901, o micologista francês Jean-Paul Vuillemin reclassificou-a no gênero Cryptococcus (do grego, *kryptos*: escondido), em virtude da ausência de endosporos. (Ver Criptococose; Saccharomyces).

Fontes: Stedman, 1979; www.17.

Danielssen, Daniel Cornelius: médico norueguês nascido em 4 de julho de 1815, em Bergen. Após graduar-se em medicina pela Universidade de Cristiânia (hoje, Oslo), em 1839, fez estudos de aperfeiçoamento em fisiologia, química e doenças de pele, dando início às investigações sobre a lepra no *St. Jorgens Hospital*. Nessa instituição conheceu Carl Wilhelm Boeck, em julho de 1840, com quem passou a trabalhar em colaboração nas pesquisas sobre a morféia. Com a chancela do governo norueguês, publicaram em 1847 *Om Spedalskhed* (Sobre a Lepra) obra de referência na moderna literatura sobre a doença. Sogro de Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), Danielssen divergiu do genro no tocante à transmissão da lepra. Da mesma maneira que Boeck, defendia o caráter hereditário da doença, o que não os impediu de investigar outras possibilidades de transmissão, ao passo que Hansen, o descobridor do bacilo da lepra, foi decidido defensor de sua contagiosidade. Danielssen faleceu em Bergen em 13 de julho de 1894. (Ver Boeck, Carl Wilhelm; Lepra).
Fontes: www.231.

Dematiacea: família de fungos imperfeitos, ordem Moniliales, que produz conidióforos (hifa em cuja extremidade se formam esporos) simples. (Ver Fungo; Hifa).
Fontes: Stedman, 1979.

Dermatomicose: infecção da pele produzida por fungos parasitas. O mesmo que dermatofitia.
Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Digitalis: designação comum às ervas do gênero *Digitalis*, da família das escrofulariáceas, com cerca de 19 espécies, nativas da Europa e da região que se estende do Mediterrâneo à Ásia central. Suas flores têm a forma de dedos de luva, dispostos em cachos levantados. Daí provêm os nomes vulgarmente dados a diversas ervas desse gênero: dedaleira, erva-dedal, luvas de pastora, luvas-delicadas etc.

A espécie mais comum, *Digitalis purpúrea*, dos terrenos silicosos, tem flores purpúreas; a dos terrenos calcários, flores amarelas. As plantas dessa espécie são conhecidas pelo nome "digital", e o pó feito a partir de suas folhas é um tonicardíaco que diminui o ritmo do coração, regulariza e reforça suas contrações. Tais propriedades são devidas aos glicosídeos que contêm (em particular a digitalina). Da espécie *Digitalis lanata* são extraídos os cardiotônicos digoxina e o lanatosídeo C. Os derivados digitálicos são empregados em terapêutica por via oral (comprimidos, gotas) ou injetável (intramuscular ou endovenosa). O uso da digitalina em doenças do coração foi introduzido em 1785 pelo médico britânico William Withering.

Fontes: Houaiss, 2001; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Diplococo: bactéria em forma de coco cujos elementos se apresentam unidos em pares.
(Ver Bactéria).

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Doença de Duhring: afecção dermatológica crônica caracterizada por graves lesões pruriginosas e extensas erupções pápulo-vesiculares que atingem principalmente cotovelos, couro cabeludo, joelhos, nádegas, nuca e parte superior das costas. Afeta indistintamente homens e mulheres numa proporção de uma a cada cem mil pessoas, sendo mais comum entre brancos do que em negros, e pouco freqüente em asiáticos. A cura espontânea dificilmente ocorre, à exceção das crianças. A taxa de reincidência da enfermidade é bem alta, mas o tratamento com associação de sulfonas e dieta alimentar isenta de glúten produz resultados satisfatórios. Alguns estudiosos consideram a doença de Duhring como uma variação da doença celíaca, cujo traço mais evidente é a sensibilidade a aveia, centeio, cevada, trigo e outros cereais, em todos os seus portadores. Também conhecida como bolha herpetiforme circinada, doença de Brocq-Duhring ou Duhring-Brocq, dermatite herpetiforme, dermatite multiforme e hidroa herpetiforme.
(Ver Brocq, Louis-Anne-Jean; Duhring, Louis Adolphus).

Fontes: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.92; www.93; www.123; www.129.

Duhring, Louis Adolphus: dermatologista norte-americano nascido a 23 de dezembro de 1845, na Filadélfia, graduado e doutorado (1867) pela Universidade da Pensilvânia. Antes de embarcar para a Europa (Paris, Londres e Viena), onde se especializou em dermatologia, trabalhou no Hospital de Bockley. Em 1871, tornou-se professor de doenças de pele na Universidade da Pensilvânia. Teve papel muito importante na descrição da dermatite herpetiforme (1884) ou doença de Duhring, também estudada por William Tilbury Fox e Louis-Anne-Jean Brocq (1888). Morreu em 8 de maio de 1913, na Filadélfia.
(Ver Brocq, Louis-Anne-Jean; Doença de Duhring).

Fontes: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.92; www.93; www.122; www.123.

Ectima: dermatite de cunho erosivo e ulcerativo causada por estreptococos. É mais comum em indivíduos desnutridos que sofrem de diabetes ou que se encontram com o sistema imunológico comprometido. Também ocorre em situações precárias de higiene ou como conseqüência de pequenos traumas, apresentando-se na forma de úlceras bacterianas únicas ou múltiplas cobertas por crostas com localização preferencial nas pernas. D'Elia (1926) revela que o termo "ectima" era empregado pelos antigos para designar afecções dermatológicas variadas ou com definição incerta (furúnculo, sarna etc.). Murray (1910) e Landouzy & Jayle (1902) já concebiam o termo em seu significado atual.

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.94; www.130.

Eczema: termo genérico que designa afecção alérgica da pele, aguda ou crônica, caracterizada por eritemas, edemas, pápulas, vesículas e reação inflamatória com formação de crostas, seguidas de liquenificação, descamação e, ocasionalmente, escurecimento do eritema. A hiperpigmentação é pouco freqüente, mas não raro há sensação de prurido e queimação. Coloquialmente, usam-se as expressões dermatose seca ou dermatose escamosa como sinônimos de eczema. À época de D'Elia, (1926), admitia-se uma origem microbiana para a doença, conquanto não se houvesse ainda identificado o germe produtor; considerava-se, então, que seu desenvolvimento era favorecido por alteração constitucional (linfatismo, escrópulas na infância, diátese úrica, e outras "discrasias" na idade adulta); por estorvos do estômago, do fígado, dos rins, que ocasionavam modificações na constituição química do sangue e dos humores; e provavelmente por "desconcerto" do sistema nervoso. Com muita freqüência – lê-se, ainda em D'Elia (1926) – a doença tinha como "causa determinante" a influência de agentes externos (substâncias químicas irritantes, irritações térmicas ou

mecânicas, trabalhos insalubres etc.) e estorvos locais da circulação (varizes).
Fontes: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Eczema papuloso: dermatite caracterizada por erupção de pápulas vermelhas isoladas ou agregadas, com intenso prurido.
Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Edema (ou doença, síndrome) de Quincke: enfermidade cutânea que se desenvolve de forma esporádica ou hereditária e atinge ambos os sexos. Tem início com o aparecimento repentino de dor e inchaço na região do rosto, língua, pés e órgãos genitais, persistindo por dois ou três dias quando, enfim, desaparece. Também pode causar fortes dores abdominais e até mesmo complicações respiratórias fatais. Marcello Donati foi o primeiro a descrever esse tipo de edema, em 1586, mas só no século XIX a urticária edematosa, como a doença também é conhecida, foi estudada pelo cirurgião e dermatologista britânico John Laws Milton (1820-1898). Em 1882, Heinrich Irenaeus Quincke também a descreveu; doze anos mais tarde foi estudada por Henry Martyn Bannister (1844-1920). (Ver Quincke, Heinrich Irenaeus).
Fontes: Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.132; www.141.

Eflorescência: lesão elementar da pele; pode ser primária (manchas vasculares, pigmentárias, purpúreas, exantemas, pápulas, placas de urticárias, tubérculos, gomas, tumorações, vesículas, bolhas, pústulas) ou secundária (erosões, fissuras, rágades, liquenificações, ulcerações, crostas etc.).
Fontes: Larousse, 1971.

Eichstedt, Carl Ferdinand: médico alemão (1816-1892), reconheceu a natureza contagiosa da pitiríase versicolor ao identificar, em 1846, nas escamas das lesões dessa doença, o seu agente: um fungo, posteriormente chamado de *Microsporum furfur*. Essas investigações, realizadas na Universidade de Greifswald, Alemanha, tiveram início em 1842 e fazem parte das primeiras pesquisas micológicas aplicadas à medicina.
(Ver Pitiríase vesicular).
Fontes: www.60; www.63.

Empiema: acúmulo de pus em uma cavidade qualquer do organismo, como, por exemplo, a cavidade pleural, a vesícula biliar, o apêndice cecal e o antro maxilar. Quando utilizado sem qualificação, refere-se a piotórax (pus na cavidade pleural).
Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Enfisema pulmonar: doença caracterizada pelo aumento permanente do volume dos espaços aéreos localizados além dos bronquíolos terminais, seja por dilatação, seja por destruição das paredes alveolares. A lesão dos pequenos sacos aéreos, através de cujas paredes o oxigênio penetra no sangue e o gás carbônico é liberado, faz com que alguns pacientes tenham a pele azulada, já que o teor de oxigênio no sangue se torna menor que o normal. O enfisema pode anular até a metade da capacidade funcional dos pulmões antes que o indivíduo perceba que algo está seriamente alterado em seu organismo. Na maioria das vezes, a doença começa como uma infecção pulmonar, chamada *bronquite crônica*, e é descoberta através de exame radiográfico do tórax para se ver o

estado do coração ou dos pulmões. O paciente apresenta, principalmente, dificuldade de expirar. Outros sintomas são resfriados freqüentes, tosse, excesso de muco na garganta, indigestão e pouco fôlego. A doença afeta sobretudo pessoas do sexo masculino, com 40 anos de idade ou mais.
O enfisema ocasiona perda de elasticidade do tecido pulmonar e permanência nos pulmões, depois de cada respiração, de resíduos de dióxido de carbono que intoxicam o organismo e roubam espaço ao oxigênio inalado; o coração tem de trabalhar mais para que uma quantidade suficiente de oxigênio se incorpore ao sangue, o que, em muitos casos, gera uma afecção cardíaca capaz de levar o paciente à morte. O número de afetados entre fumantes é treze vezes maior que entre não fumantes. A poluição do ar também influi, tendo-se registro de epidemias de enfisema em Londres e nos vales industriais da Bélgica e da Pensilvânia, nos Estados Unidos. A hereditariedade também pode ser um fator etiológico, sabendo-se, hoje, que cerca de um quarto dos pacientes apresenta falta de uma enzima chamada *antitripsina alfa*, que protege os pulmões contra infecções. O enfisema não tem cura, mas os que começam a se tratar logo que ele se inicia têm vida longa e razoavelmente ativa. Os recursos da medicina para esses casos são medicamentos, hormônios, bombas para introduzir oxigênio sob pressão nos pulmões e, em situações extremas, cirurgia pulmonar. Segundo D'Elia (1926), um dos mais ativos remédios utilizados na época para atenuar a dificuldade respiratória era o iodureto de potássio (0:50 a 1, por dia) associado ou não ao arsênico.

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Entozoários: animais pertencentes à classe dos helmintos. Em classificações antigas, táxon que reúne diversos animais endoparasitas, especialmente vermes intestinais, como as tênias, triquinas e áscaris.

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Erisipela: também chamada mal-do-monte, mal-da-praia, maldita e esipra; doença infecciosa em geral causada pelo *Streptococcus pyogenes* grupo A, envolvendo, em casos mais graves, outros tipos de bactérias (Staphylococcus, Pseudomonas). O agente etiológico penetra no organismo através de lesões causadas por micose nas unhas (onicomicose) ou entre os dedos dos pés (*frieira*, *pé-de-atleta*), arranhões e bolhas na pele, coçadura motivada por picada de inseto etc. A bactéria prolifera principalmente nos vasos linfáticos da pele, podendo atingir o tecido celular subcutâneo. O agente da erisipela foi observado em fins da década de 1870 por Luis Pasteur, na França, e Robert Koch, na Alemanha, no pus de lesões profundas. Culturas puras foram obtidas em 1883 por Friedrich Fehleisen (1854-1924) e, no ano seguinte, por Anton Julius Friedrich Rosenbach (1842-1923) a partir de materiais extraídos de doentes com erisipela. Foi a primeira demonstração de um germe específico a uma infecção cirúrgica. Foi, também, um cirurgião vienense, Theodor Billroth (1829-1894), o autor do termo estreptococo. Rosenbach deu à variedade isolada de lesões supurativas o nome de *Streptococcus pyogenes*. A classificação foi aperfeiçoada em 1903 por Hugo Schottmüller, graças à técnica de cultivo em placas com ágar e sangue por ele desenvolvida. Em estudos realizados a partir de 1918, no Rockefeller Institute for Medical Research, Rebecca Craighill

Lancefield (1895-1981) demonstrou que o grupo A (*S. pyogenes*) é específico a enfermidades humanas, e que o grupo B está associado a doenças neonatais. Demonstrou, também, que a grande variedade de sorotipos no âmbito do primeiro grupo se deve a variações antigênicas de uma proteína da parede celular que denominou proteína M. O *Streptococcus pyogenes* é um dos mais freqüentes patógenos de humanos. Estima-se que entre 5 a 15% de indivíduos normais o hospedem, sem apresentar sinais de doença. Quando a bactéria é introduzida em tecidos vulneráveis, podem ocorrer vários tipos de infecção supurativa no trato respiratório, na corrente sanguínea e na pele, infecções que, à época de Adolpho Lutz, foram responsáveis por muitas mortes. Além de ser o principal agente da erisipela, o *Streptococcus pyogenes* está relacionado à febre puerperal, à escarlatina, à faringite, à tonsilite, ao impetigo, à celulite e a outras infecções, que podem resultar em seqüelas pós-estreptocócicas, como febre reumática e glomerulonefrite agudas. Pacientes com insuficiência venosa crônica ou diminuição do número de vasos linfáticos têm predisposição maior a adquirir a erisipela, como é o caso de mulheres submetidas à mastectomia ou portadoras de linfedema. Surtos repetidos de erisipela podem causar a elefantíase nostra, com aumento de volume do local afetado em virtude de edema duro e persistente, adquirindo a pele aspecto verrucoso. A localização mais comum da erisipela é na face ou no couro cabeludo, mas ela acomete outras partes do corpo, inclusive as meninges, segundo D'Elia (1926). Clinicamente, caracteriza-se por febre forte, inflamação da cútis, com calor, vermelhidão e inchação da pele e das glândulas linfáticas vizinhas, abundante suor seroso depositado na epiderme, no tecido conectivo subcutâneo, chegando à supuração. O paciente pode apresentar perda de apetite, agitação e dores nas juntas. O tratamento consiste, principalmente, no uso da penicilina e de sulfas. Fontes mais antigas atribuem a doença ao *Streptococco erysipelatis*, que D'Elia (1926) qualificava como micrococo facultativamente anaeróbio, e que normalmente era encontrado no ar, na água e no solo, e ainda sobre a pele, na boca e no duodeno. Epidemias de erisipela, bastante comuns no passado, tornaram-se raras graças aos progressos do saneamento e ao advento dos antibióticos. Contudo, recentemente, e por razões que ainda estão pouco claras, houve um ressurgimento de infecções graves por *Streptococcus pyogenes*, que às vezes deixam sérias seqüelas.
(Ver Estreptococo).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Eritema ou dermatite eritematosa: vermelhidão da pele devida à vasodilatação dos capilares cutâneos conseqüente a diversas causas. Via de regra, é temporária e desaparece momentaneamente à pressão do dedo.

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971.

Eritema nodoso: inflamação aguda do tecido subcutâneo que acomete preferencialmente as extremidades inferiores. Caracteriza-se pela presença de nódulos dolorosos, profundos e macios, provenientes da exsudação de sangue e soro, quase sempre acompanhados de ardência e intenso prurido. A doença foi descrita pela primeira vez em 1808 pelo dermatologista inglês Robert Willan (1757-1812). Em 1860, Ferdinand von Hebra (1816-1880) estabeleceu sua

especificidade, separando-a das lesões incluídas no grupo do eritema multiforme. Também conhecida por eritema tuberculoso ou peliose reumática.

Fontes: Cardenal, 1947; Ferreira, 1999; Fitzpatrick, 1971; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.169; www.211.

Escabiose: no Brasil, o mesmo que coruba ou curuba, já-começa, jareré, jereré, pereba, pira ou sarna. Enfermidade cutânea contagiosa que atinge homens e animais, nestes provocada por diversos tipos de ácaros e, naqueles, pelo *Acarus scabei* ou *Sarcoptes scabiei*. Transmitida por contato direto com a pele infectada, por relações sexuais ou pelo uso compartilhado de roupas. O parasita macho abre cavidades na pele, e a fêmea coloca aí seus ovos, que eclodem sete a dez dias depois, gerando novos parasitas. A escabiose ocorre em homens e mulheres de qualquer idade, e nem sempre tem relação com más condições de higiene. Manifesta-se através de intenso prurido, pápulas, vesículas e ferimentos que se alastram pela região do abdome, braços, genitais e pernas. Nos animais, atinge o abdome, as patas, o peito e as orelhas, podendo causar perda definitiva ou temporária de pêlos (alopecia). O tratamento da doença é feito por via oral e com aplicações locais, recomendando-se até mesmo o isolamento do paciente. Além disso, devem ser substituídas diariamente todas as roupas, inclusive as de cama e de banho. Existe um tipo de sarna, chamada "norueguesa", cujo grau de infecciosidade é bastante elevado e cujos sintomas são mais graves que o normal, com intensa escamação. Estima-se que todos os anos surgem 300 milhões de novos casos de escabiose no mundo; seu agente patogênico é conhecido há pelo 2.500 anos.

Fontes: Houaiss, 2001; www.84; www.91; www.95; www.97; www.98; www.136; www.157.

Escarlatina: patologia infectocontagiosa de caráter epidêmico que se caracteriza pelo aparecimento de exantema avermelhado – daí o nome derivado de escarlate –, de enantema das mucosas, principalmente na superfície interna das bochechas e faringe, além de febre alta e escamação generalizada. Causada pelo *Streptococcus scarlatinae*, a doença ocorre em todas as idades e requer intervenção terapêutica à base, hoje, de antibióticos. Seu quadro clínico envolve incubação de quatro dias, angina e pirexia ao final de 24 a 48 horas, erupção cutânea pelo peito, pescoço e virilha; descamação da pele entre o sétimo e o oitavo dia, irrompimento de placas ao longo de várias semanas e alteração do tecido da mucosa bucal. Nos casos mais graves, há abscessos que se prolongam por muito tempo, e até mesmo reumatismo, otite e nefrite. Cardenal (1960) classifica a doença em: "ambulatória", forma benigna com ausência de febre; "anginosa", indicada pela exasperação dos sintomas faríngicos; "apirética", com evolução benigna dos sintomas iniciais e leve estado febril; "hemorrágica", com expelição de sangue na pele ou na urina; "latente", com ausência de erupção cutânea, mas evolução de angina da faringe e nefropatia; "maligna", na qual os sintomas mais graves se intensificam, produzindo grande debilidade física, "nervosa", forma em que preponderam convulsões e sintomas cerebrais; e, finalmente, "papulosa", com aparecimento de pápulas. As epidemias de escarlatina são conhecidas desde a Antiguidade: foram descritas pela

primeira vez por Hipócrates no século 5 a.C. e por Cornelius Celsius no século 1 d.C. Até 1676, quando Thomas Sydenham (1624-1689) estabeleceu as características distintivas da enfemidade, era considerada uma variedade de sarampo ou de varíola. Sua origem estreptocóccica foi identificada por Friedrich Loeffler (1852-1915) e confirmada por Klein em 1886. Em 1923, os microbiologistas norte-americanos Gladys Rowena Dick (1881-1963) e George Frederick Dick (1881-1967), em conjunto com Alphonse Dochez (1882-1964), comprovaram a etiologia específica da doença quando a reproduziram experimentalmente em humanos.

Fontes: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Schreiber & Mathys, 1991; Stedman, 1979; www.99; www.100; www.101; www.121; www.5.

Escleroma, esclerema ou escleroderma: pequena área anormalmente endurecida e circunscrita, que ocorre especialmente nos tecidos do nariz e da laringe, mas também em outras regiões da pele e da mucosa.

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Espirais de Curschmann: aglomerado helicóide encontrado no escarro de pacientes com bronquite asmática, descrito por Heinrich Curschmann, médico em Leipzig (1846-1910).

Fontes: Cardenal, 1954; Dorland, 1947; Stedman, 1979.

Espiroqueta pertenuis (*Spirochaeta pertenuis)*: microrganismo inicialmente batizado e descrito por Aldo Castellani em "On the presence of spirochaetes in some cases of parangi (yaws, *Framboesia tropica*). Preliminary note", *Journal of the Ceylon Branch of the British Medical Association*, 1905. Através de diversos experimentos, Castellani provou que o macaco podia ser infectado com material retirado de pessoas que sofriam de bouba e que continha a bactéria, especialmente o sangue da circulação. Demonstrou, também, que quando ela era removida por filtragem, o material se tornava inerte. Por fim, Castellani mostrou que era possível detectar antígenos e anticorpos específicos da bouba por meio da reação de Bordet-Gengou. A bactéria recebeu, posteriormente, outros nomes: *Spirochaete pertenuis*, dado em 1912 por Lehman e Neumann; *Spironema pertenue*, nome atribuído por Gross, também em 1912; e *Spirillum pertenue*, de autoria de Macé, em 1913. Atualmente, é conhecida como *Treponema pertenue*. Agente causador do piã, termo de origem tupi que significa "pele erguida, tumor". Os pacientes com essa doença, também chamada de bouba ou framboesia tópica, apresentam teste de Wasserman positivo. O treponema é um gênero de bactérias anaeróbias (ordem Spirochaetales) que consiste em células de 3 a 8 mícrons de comprimento, com espirais agudas, regulares ou irregulares e sem estrutura protoplasmática óbvia. Coram-se com dificuldade, exceto com o corante de Giemsa ou com a impregnação pela prata. Algumas espécies são patogênicas e parasitam o homem e outros animais, produzindo geralmente lesões locais nos tecidos. (Ver Bouba).

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979; www.61; www.62.

Esporo: corpúsculo reprodutor de fungos e de certas espécies de bactérias. De estrutura geralmente unicelular e uninuclear, os esporos são desprovidos de embriões, possuindo a capacidade de germinar em determinadas

condições e de reproduzir assexuadamente os indivíduos de que se originam. Resistentes ao calor e à dessecação, desenvolvem-se diretamente ou após a fusão com outros esporos.

Fontes: Houaiss, 2001; Ferreira, 1999; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Esporotricose: infecção geralmente benigna em homens e animais, causada por fungos da espécie *Sporothrix schenckii*, na maioria das vezes limitada à pele e ao tecido subcutâneo, podendo disseminar-se para ossos e órgãos internos, especialmente em indivíduos imunodeficientes. São descritas três formas: uma forma gomosa disseminada (doença de Beurmann), uma linfagite gomosa (doença de Schenck) e uma forma hematógena caracterizada pela presença de múltiplos abscessos. Espalhada pelo mundo todo, a esporotricose acomete especialmente fazendeiros, jardineiros, horticultores e outros trabalhadores do campo, uma vez que o *Sporotrix* é encontrado, geralmente, em roseiras, arbustos de uva-espim, musgo esfagno e outras matérias vegetais. O fungo penetra no corpo através de ferimentos na pele das extremidades ou pelo tubo gastrintestinal. A lesão cutânea inicial é característica: nódulo subcutâneo de consistência elástica, forma esférica e móvel. Depois que adere à pele, torna-se avermelhada e, em seguida preta, por causa da necrose ou morte do tecido. Nos dias ou semanas seguintes, a infecção cutânea dissemina-se através dos vasos linfáticos da mão e do braço até os linfonodos, formando nódulos e úlceras ao longo do trajeto, podendo chegar até os pulmões e outros tecidos. Segundo D'Elia (1926), a doença começou a ser estudada no início do século XX: considerava-se, então, seu agente um cogumelo que podia viver por longo tempo como saprófito à custa de vegetais, os quais se tornavam, assim, agentes de transmissão. Àquela época, o tratamento da esporotricose consistia no uso interno de iodureto de potássio ou sódio em altas doses (3 a 5 gramas por dia) ou, em caso de intolerância, em injeções subcutâneas de preparados iodados, como o óleo iodado, o iodone, a iodo-gelatina etc. Esse tratamento era coadjuvado pelos amargos, pela antissepsia gástrica e pela aplicação de pensos iodados sobre as gomas ulceradas. Atualmente, a infecção é tratada com o intraconazol oral, sendo administrado, também, o iodureto de potássio, apesar de não ser tão eficaz e de causar efeitos colaterais na maioria dos pacientes.
(Ver Beurmann, Charles Lucien de; Schenck, Benjamin R.).

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.34; www.58.

Esporotricose linfagítica gomosa: o mesmo que doença de Schenck.
(Ver Esporotricose).

Fonte: Stedman, 1979.

Esquizomiceto: nome usado em sistemas antigos de classificação para designar a divisão do reino vegetal que abrange todas as bactérias. Em 1857, por exemplo, Carl Von Nägeli, botânico de Munique, reuniu diversos gêneros de bactérias no grupo que denominou esquizomicetos, pondo-o junto às plantas primitivas incolores, os cogumelos. Em botânica, bactéria é sinônimo de esquizomiceto. Sob essa denominação estavam compreendidos os vegetais unicelulares desprovidos de clorofila que se reproduzem por simples divisão, como as bactérias e as algas azuis (cianófitas). No século XIX, o termo era objeto de polêmica, no

contexto mais amplo das controvérsias sobre a natureza das bactérias.
(Ver Bactéria; Cogumelo; Fungo).

Fontes: Benchimol, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.31.

Estafilococo: bactéria de forma arredondada e gram-positiva que se apresenta, geralmente, em aglomerados irregulares de cocos semelhantes a cachos de uvas. Potencialmente patogênicas, são imóveis, aeróbias ou anaeróbias e não-formadoras de esporos. Podem provocar lesões supurativas locais, intoxicações alimentares e graves infecções oportunísticas. São encontradas na pele, nas glândulas cutâneas, nas mucosas nasais e em produtos alimentares.
(Ver Bactéria).

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Estenose: estado congênito ou adquirido em que é muito menor do que devia ser a luz, passagem ou calibre de um conduto natural ou orgânico, como, por exemplo, a uretra ou as válvulas cardíacas. A expressão "estenose diftérica" designava, provavelmente, essa anomalia observada na laringe, na traquéia e nos brônquios maiores.

Fontes: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Estreptococo: denominação comum às bactérias que ocorrem em grupos de pequenas esferas associadas em forma de cadeias. São aeróbias ou facultativamente anaeróbias, gram-positivas, não formadoras de esporos e quase sempre imóveis. Geralmente parasitas de vertebrados, localizam-se especialmente na boca, nas vias respiratórias superiores e nos intestinos dos seres humanos e de outros animais. A espécie tipo é a *Streptococcus pyogenes*, agente etiológico de várias doenças infecciosas, descrita por Anton Rosenbach (1842-1923) em 1884. Outras espécies patológicas para o homem são a *S. pneumoniae* (Klein, 1884; Chester, 1901) causadora da pneumonia, e a *S. aureus* (Rosenbach, 1884), agente de endocardites e meningites. Algumas espécies não patogênicas, como a *S. lactis* (Lister, 1873; Lohnis, 1909) e a *S. cremoris* (Orla-Jensen, 1919), são utilizadas na fabricação de manteiga e outros laticínios.
(Ver Bactéria).

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.168.

Estricnina [$C_{21}H_{22}N_2O_2$]: substância isolada pelos químicos franceses Joseph Bienaimé Caventou (1795-1877) e Pierre Joseph Pelletier (1788-1842), em 1818. É extraída da casca e, especialmente, das sementes de plantas do gênero *Strychnos*, cujas espécies mais perigosas são *Strychnos nux-vomica*, *Strychnos colubrina*, *Strychnos minor* e *Strychnos toxifera*. Segundo Stedman (1979), estricnina é um alcalóide da *Strychnos nux-vomica*, apresentado em forma de cristais incolores de sabor intensamente amargo, quase insolúveis na água. Tendo como principal característica a capacidade de estimular o sistema nervoso central, a estricnina é utilizada como estomáquico, antídoto para tóxicos depressivos e no tratamento de miocardite. Sua popularidade terapêutica, contudo, é indesejável, pois é capaz de produzir envenenamento agudo ou crônico no homem ou em animais. É utilizada até mesmo como rodenticida. No final do século XIX, Paulier (1882) recomendava a administração de pequenas doses dos sais de estricnina em forma de pílulas,

injeções hipodérmicas, pomada, xarope, pó, tintura e extrato alcoólicos, para problemas gástricos (dispepsia, embaraço gástrico, constipação), afecções do sistema nervoso (paralisias astênicas, hemiplegia, paraplegia), cólera, pelagra, febres intermitentes e outras doenças.

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Éter: composto orgânico cuja molécula é constituída por dois grupamentos hidrocarbônicos ligados a um mesmo átomo de oxigênio. É resultante da combinação de um álcool com um ácido ou outro álcool, com eliminação de água. Sob o calor, o ácido sulfúrico produz, com o álcool, o éter sulfúrico, também chamado óxido de etila, éter etílico ou éter comum, cuja fórmula é $(C_2H_5)_2O$. Trata-se de um líquido incolor, de cheiro característico, leve e volátil, muito inflamável, e que ferve a 34ºC. A ação paralisante sobre o sistema nervoso confere-lhe qualidades anestésicas. O éter inaugurou a anestesia moderna, juntamente com o protóxido de nitrogênio, ao ser empregado nos Estados Unidos, por volta de 1840, em cirurgias dentárias, depois na cirurgia geral. Uma vez inalado, o éter provoca acentuado relaxamento muscular e permite farta oxigenação. Seus inconvenientes são a ação irritante sobre as vias respiratórias e sobre os rins, e o aumento da tensão intracraniana, o que o torna contra-indicado em neurocirurgia. É usado também como solvente e para outros fins industriais.

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004.

Faradização: terapêutica que utiliza a corrente elétrica como indutor ou estimulador de nervos e músculos. O médico francês Guillaume Benjamin Amand Duchenne, dito Duchenne de Boulogne, é considerado o introdutor da eletricidade no diagnóstico e tratamento das afecções neurológicas, com a ajuda da qual descreveu e tratou a ataxia locomotora progressiva (tabes), as paralisias musculares progressivas e outras patologias do sistema nervoso. O termo faradização é derivado de Michael Faraday, físico e químico inglês (1791-1867) que criou a teoria da indução eletrostática e descobriu a indução eletromagnética (1831), lançando as bases para a teoria do eletromagnetismo de James Clerk Maxwell (1831-1879). Segundo D'Elia (1926), a corrente elétrica induzida agia de modo especial sobre a contratibilidade muscular e a excitação nervosa, e dava resultados considerados ótimos nas paralisias por lesão central.

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Favo (favus): infecção micótica do couro cabeludo causada pelo *Trichophyton schoenleinii*, podendo também atingir as unhas e regiões glabras. Caracteriza-se pela formação de pequenas crostas purulentas semelhantes a favos em cujo centro encontra-se o cabelo parasitado. Os pelos atacados tornam-se quebradiços, atrofiados e caducos. A melhor descrição da doença, reconhecida desde a Idade Média, foi feita por Raymond Sabouraud (1864-1938) em 1910.

O agente etiológico foi descoberto pelo médico alemão Johann Lukas Schönlein (1793-1864), em 1839, sendo por isso batizado por Robert Remak (1815-1865) como *Achorion shoenleinii*. Posteriormente, nova classificação dos fungos extinguiu o gênero *Achorion* e reconheceu apenas três categorias: *Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*. Também chamada tinha favosa ou simplesmente favosa.

Fontes: D'Elia, 1926; Fitzpatrick, 1971; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Weitzman & Summerbell, 1995; www.159.

Fenacetina [$C_{10}H_{13}O_2NO_2$]: amida acética utilizada como analgésico, antipirético e anti-reumático. Indicada para combater a febre tifóide, gripe, pneumonia, tuberculose, o reumatismo e diversos tipos de nevralgias. Precisa ser administrada com cuidado pois tem efeito altamente tóxico sobre os rins.

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; www.125.

Framboésia trópica: Ver Bouba.

Fucsina [$C_{20}H_{20}ClN_3$]: variedade de corante vermelho-de-rosanilina que se fixa eletivamente em determinados elementos, facilitando sua observação. É empregada em bacteriologia e histologia especialmente na forma amoniacal (método Gram), que divide as bactérias em gram-positivas e gram-negativas, conforme a maior ou menor fixação do corante. Também é usada na indústria têxtil para tingir couro. (Ver Coloração; Método de Gram).

Fontes: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Fungo: designação comum dos organismos pertencentes ao Reino Fungi, heterotróficos, especialmente saprófagos ou parasitas, aclorofilados, e cuja nutrição se dá por absorção. Crescem em massas irregulares, desprovidas de raízes, caules ou folhas, e reproduzem-se sexuada ou assexuadamente. Podem existir como célula única, como no caso das leveduras, ou formar estrutura vegetativa multicelular denominada micélio, a qual é constituída de filamentos ramificados chamados hifas. Os fungos são encontrados em ambientes úmidos ou como parasitas de vegetais, animais e do próprio homem. Os exemplos mais conhecidos são os mofos e cogumelos. Algumas espécies são patogênicas, enquanto outras são utilizadas na alimentação e na produção de antibióticos. Durante muito tempo os fungos foram incluídos no grupo dos vegetais inferiores e, nessa condição, identificados às bactérias. Em fins do século XIX, os dois termos eram considerados equivalentes, assim como as denominações micróbio, germe e esquizomiceto. Não obstante essa classificação, os fungos apresentam um conjunto de características próprias que permitem sua diferenciação das plantas: não sintetizam clorofila, não apresentam celulose em sua parede celular (exceto alguns fungos aquáticos) e não armazenam amido como substância de reserva. Além disso, sua parede celular é formada de quitina, substância que reveste o corpo dos artrópodes. Em razão dessas e de outras diferenças, em 1969 passaram a ser classificados em um reino à parte. O Reino Fungi foi constituído em seis divisões, quatro delas de interesse médico: Zygomycota, Ascomycota, Basidiomycota e Deuteromycota. Nos últimos anos, a introdução de novos métodos de análise, particularmente técnicas biotecnológicas, tem provocado muitas modificações no sistema de classificação dos fungos. A edição do *Dictionary of Fungi*, de 1995, obra de referência para os estudiosos no assunto, considera a existência de três reinos distintos: Protozoa, no qual se incluem alguns patógenos como, por exemplo, espécies dos gêneros *Plasmodiophora* e *Spongospora*; Chromista, que contém os fungos Oomycota; e o reino Fungi propriamente dito, constituído pelos chamados fungos verdadeiros. Entre as alterações mais significativas está a transferência dos Oomycetos do reino dos fungos para o reino Chromista. Segundo os especialistas, os Oomycotas diferem dos fungos verdadeiros em

relação a várias características estruturais, bioquímicas, fisiológicas e moleculares. Outra mudança importante foi a extinção da classe Deuteromycetes, formada pelos chamados fungos imperfeitos (aqueles cujo estágio sexual não foi identificado). As recentes modificações na taxonomia dos fungos ainda são objeto de polêmica entre os especialistas, e novas mudanças poderão ser feitas com a introdução de técnicas de análise mais avançadas.
(Ver Bactéria; Cogumelo; Hifa).

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.144; www.145.

Furunculose: abscesso estafilocócico causado pelo *Staphylococcus aureus*, caracterizado pelo surgimento sincrônico e consecutivo de furúnculos. Infecção extremamente aguda e dolorosa, limitada a um folículo pilossebáceo, que se apresenta como carnegão na parte central da região inflamada e desaparece em intervalos variáveis. Habitualmente, ocorre nas axilas, nos glúteos e no nariz.

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; www156.

Gieson, Ira van: histologista e bacteriologista de Nova York (1865-1913).
(Ver Coloração de van Gieson).
Fonte: Stedman, 1979.

Gilchrist, Thomas C.: médico norte-americano (1862-1927).
(Ver Blastomicose norte-americana).
Fonte: Stedman, 1979.

Glossy skin ou *atrophoderma neuriticum*: condição decorrente da inflamação e lesão dos nervos tróficos, na qual a pele, geralmente das mãos, apresenta eritemas e assume coloração acinzentada e brilhante. Pode se manifestar em associação com a alopecia, as fissuras e ulcerações na pele. É conhecida também como pele brilhante, atrofodermia neurítica ou atrofia brilhante da pele.
Fontes: Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.71; www.72.

Gougerot, Henri: médico francês (Saint-Ouen, Seine, 1881 – Paris, 1955), professor de doenças cutâneas e sifilíticas no Hospital Saint-Louis, de 1928 a 1952. Autor de importantes trabalhos sobre micoses cutâneas (esporotricose), dermoepidermites microbianas, alergia, tratamento e prevenção da sífilis.
(Ver Esporotricose; Sífilis).
Fonte: Larousse, 1971.

Guaiacol: substância derivada do creosoto, que é extraído da faia (designação comum às árvores do gênero *Fagus* e *Nothofagus*, da família das fagáceas), usada, em larga medida, no tratamento da tuberculose pulmonar e como antisséptico local. Alguns de seus derivados também eram utilizados no tratamento da febre tifóide (carbonato de guaiacol), do reumatismo e das afecções intestinais (salicilato de guaiacol). Servia ainda como expectorante.
(Ver Creosoto).
Fontes: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Hebra, Ferdinand Ritter von: nasceu em Brünn, atual República Tcheca, em 7 de setembro de 1816. Formado em medicina pela Universidade de Viena em 1941, tornou-se assistente de Josef Skoda (1805-1881), um dos mestres da medicina clínica vienense, responsável pela seção de doenças do tórax no Allgemeines Krankenhaus (Hospital Geral), seção que, curiosamente, abrigava uma enfermaria para doenças de pele. Hebra dedicou-se inicialmente ao estudo da sarna. Supôs, a princípio, que fosse uma doença sistêmica, porém logo verificou que era causada por um ácaro. Publicou sua descoberta em *Über die Krätze* (1844). Realizando experiências com irritantes, como o óleo de cróton, que, friccionado à pele normal, dava lugar a um eczema, Hebra observou que qualquer processo inflamatório podia ser produzido por fatores externos, fato que provava a existência de alterações patológicas específicas à pele, não explicáveis à luz da patologia geral. Sem negar a existência de doenças sistêmicas, passou a atribuir grande importância aos fatores locais na produção das doenças cutâneas, afastando-se com isso das teorias constitucionalistas sustentadas pela escola francesa. Negava, assim, a etiologia humoral para explicar a causa dessas enfermidades, chamando a atenção para o papel desempenhado pelos microrganismos. Hebra foi aluno de Karl von Rokitansky (1804-1878), um dos fundadores da anatomia patológica moderna, a quem sucedeu na presidência da *Wiener Akademie der Wissenschften*. Aplicou o instrumental desenvolvido por Rokintansky aos estudos dermatológicos, e em 1845 propôs uma nova classificação para as doenças de pele, distribuindo-as em doze categorias principais. O sistema criado por ele tornou-se referência entre os dermatologistas, e foi utilizado durante quase um século. Não obstante a importância de seus estudos em anatomoia patológica, foi na clínica que deixou suas maiores contribuições. Hebra foi o primeiro a descrever o

rinoscleroma (1872), o impetigo herpetiforme (1872), o *lichen acuminatus*, o *lichen scrofulosorum* e o prurido batizado com seu nome (prurido de Hebra). Colaborou para uma melhor caracterização de várias outras doenças, entre elas o eczema marginatum e diversos tipos de xantomas e pênfigos. Também estabeleceu a natureza da urticária e dos pruridos como doenças internas. Os dois trabalhos mais importantes de Hebra foram o monumental *Atlas der Hautkrankheiten* (Atlas das doenças de pele), com estampas de Anton Elfinger, e o *Lehrbuch der Hautkrankheiten* (Manual das doenças de pele), completado pelo húngaro Moritz Kaposi, obra que consagra sua reputação e que foi considerada por muito tempo a Bíblia da dermatologia. Numa época em que essa especialidade começava a se constituir, Hebra ajudou a transformar a Universidade de Viena no principal centro de estudos dermatológicos do mundo. No âmbito do curso que ministrava na Faculdade de Medicina, e também em sua clínica, surgiu uma nova geração de dermatologistas, liderada por médicos igualmente brilhantes, como Moritz Kaposi (1837-1902), seu genro e sucessor na cadeira de dermatologia, em Viena; Heinrich Auspitz (1835-1886); Isidor Neumann (1832-1906); Filip Joseph Pick (1834-1910) e Paul Gerson Unna. Seu filho Hans von Hebra, também professor de dermatologia, foi um dos fundadores, juntamente com Oscar Lassar e Unna, do *Monatshefte für praktische Dermatologie*, primeiro periódico de dermatologia da Alemanha, e, durante muito tempo, um dos principais divulgadores da especialidade no mundo. Ferdinand Hebra faleceu em Viena, em 5 de agosto de 1880. (Ver Escabiose; Líquen; Líquen Acuminado; Líquen rubro; Rinoscleroma).

Fontes: Carneiro, 2002; Freedberg, 1999; Olpp, 1932; www.31; www.57.

Hektoen, Ludwig: patologista norte-americano, nascido em Westby, Wisconsin, em 2 de julho de 1863. Graduou-se em 1887 pela Faculdade de Médicos e Cirurgiões de Chicago, da qual foi professor de 1892 a 1894. Também lecionou no Rush Medical College (1895- 1933), e chefiou o Departamento de Patologia da Universidade de Chicago, na qual trabalhou de 1901 a 1932. Hektoen foi o primeiro a produzir culturas sanguíneas a partir de pacientes vivos. Sugeriu que a reação à transfusão sanguínea poderia ser evitada caso doador e receptor tivessem tipos sanguíneos compatíveis. Dedicou muitos anos de pesquisa ao câncer. Participou de diversas sociedades médicas nacionais e internacionais e foi editor de periódicos médicos, inclusive o *Journal of Infectious Diseases* e os *Archives of Pathology*. Foi também presidente das sociedades de Medicina (1919-1921) e Patológica de Chicago (1898-1902). Fundou em 1915 o Instituto de Medicamentos de Chicago, cidade em que faleceu em 5 de julho de 1951.

Fontes: www.36; www.146.

Hérnia crural: o termo hérnia designa passagem, parcial ou total, de um ou mais órgãos ou de formações anatômicas de sua localização normal para outra anormal através da parede da cavidade que o contém, ou através de orifício patológico, ou que se tornou patológico. A hernia crural, também conhecida como hérnia femoral, é a protrusão de uma víscera abdominal ou pélvica através do canal crural, conduto

fibroso que, no triângulo de Scarpa, contém os vasos femorais. Ela tende a ser pequena e assintomática, ou com sintomas leves até complicar-se em virtude de encarceramento ou estrangulação.
O tratamento, então, é necessariamente cirúrgico. Por ser uma afecção acessível à palpação, facilmente detectável, os conhecimentos sobre hérnias remontam à Antiguidade. Elas são mencionadas no papiro de Ebers, 1500 a.C., e representadas em terracotas gregas muito antigas. Celso, no primeiro século depois de Cristo, realizou várias operações de hérnia inguinal. Em 1869, Joseph Lister praticou a primera operação de hérnia estrangulada seguindo os princípios antissépticos. As bases anatômicas para o desenvolvimento desse tipo de cirurgia foram estabelecidas por Antonio Scarpa (1748-1832), Julius Germain Cloquet (1790-1883), Antonio de Gimbernat (1742-1790), Sir Astley Paston Cooper (1768-1841), Franz Kaspar Hesselbach (1759-1816) e, sobretudo, Eduardo Bassini (1844-1929).

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; www.154.

Herpes: do verbo de origem grega *herpo*: serpentear, arrastar-se penosamente. Designa, genericamente, várias dermatoses inflamatórias causadas por Herpesvirus, caracterizadas pela erupção de vesículas na pele e nas mucosas que, ao se romperem, provocam dor. Existem duas espécies de vírus de herpes simples: tipos 1 e 2. O tipo 1 produz pequenas vesículas que, em geral, aparecem perto da boca e que são chamadas herpes labial ou bolhas de febre.
O tipo 2 está associado a uma doença sexualmente transmissível que produz ulcerações dolorosas nos órgãos sexuais. O herpes-zóster, comumente chamado de *cobreiro*, é causado pelo mesmo vírus da varicela (catapora), o *Herpesvirus varicellar*. As lesões causadas pelos vírus do herpes secam e desaparecem em cerca de duas semanas, mas o vírus continua alojado nas células nervosas, e pode haver recaída da doença em ocasiões de estresse físico ou emocional. Antes de Robert Willan (1757-1812), médico inglês considerado um dos fundadores da dermatologia, o termo herpes era usado para designar doenças crônicas da pele, não contagiosas e hereditárias, que se distinguiam seja pela pertinácia, seja pelo trajeto serpeante sobre a pele, seja ainda pela sensação de prurido. O próprio Willan deu o nome de herpes a uma doença benigna da pele, com decurso agudo, que se manifestava através de grupos grandes de vesículas como grãos de milho ou lentilhas repletas de um líquido claro. Segundo Willan, a doença nunca acometia grandes trechos do corpo; localizava-se em determinados pontos e terminava espontaneamente com a cura, deixando ou não cicatrizes, depois que as vesículas secavam e a crosta caía. Na década de 1920, esse conceito era geralmente aceito, salvo o modo diverso de agrupar as várias espécies de herpes. Já se distinguiam, então, a herpes facial, labial ou febril; a herpes genital ou pro-genital e a herpes irídea.

Fontes: Carneiro, 2002; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902.

Herpes tonsurans **(herpes tonsurante)**: também conhecida como tínea, tinha, tinha descalvante, tinha tonsurante, doença de Saint Aignan, serpigem e tricofitose da cabeça. A herpes tonsurante faz parte do grupo de doenças genericamente conhecidas como tinha, causadas por fungos parasitas e caracterizadas por infecção

da pele do couro cabeludo e de seus apêndices. A doença apresenta-se habitualmente sob a forma de áreas escamosas de alopecia (perda total ou parcial de pêlos ou cabelos) com pontos pretos que indicam a quebra das hastes pilosas; isso é conseqüência de afecção da parte intrafolicular dos cabelos, que se rompem no nível de emergência. Resultam, então, placas circulares, às vezes confluentes, de número e tamanho variados, róseas no início, branco-acinzentadas depois, escamosas, raramente pustulentas ou crostosas. A região pontilhada de tocos de cabelos partidos é, às vezes, entremeada por tufos de cabelos aparentemente normais, o que dá a impressão de áreas tonsuradas. Entre os gêneros comuns de fungos que causam essa infecção destacam-se o *Microsporum*, o *Tricophyton*, o *Epidermophyton* e o *Keratinomyces*. As tinhas tonsurantes são chamadas de tricofíticas quando causadas por fungos do gênero *Trichophyton*, pelas espécies *tonsurans*, *mentagrophytes* ou, mais raramente, *violaceum* e *verrucosum*. São microspóricas quando causadas pelas espécies *canis* e *gypseum* do gênero *Microsporum*. A espécie *audouini* desse gênero, que acomete somente humanos, comum nos países frios e temperados, é encontrada às vezes nos estados sulinos do Brasil. As tinhas tonsurantes microspóricas desaparecem espontaneamente quando a criança chega à puberdade, mas as tricofíticas, principalmente aquelas produzidas pelo *T. violaceum*, podem persistir até a idade de quinze a vinte anos ou mais. O aumento dos ácidos graxos fungistáticos da secreção sebácea do couro cabeludo, em decorrência de modificações endócrinas, explica por que as regiões acometidas se tornam inabitáveis para as espécies em causa. O tratamento das tinhas é feito com griseofulvina microcristalina, em comprimidos ou suspensão. O tratamento tópico é quase desnecessário, mas pode auxiliar a cura e prevenir infecções durante o tratamento. Desde o início do século XX, o nome "tinha" passou a designar várias afecções do couro cabeludo: eczema, psoríase, herpes tonsurante etc. Atualmente, herpes (que nada tem a ver com a herpes tonsurante) designa genericamente várias dermatoses inflamatórias causadas por herpesvirus. A expressão *herpes tonsurans maculous et squamosus* foi utilizada por Hebra como denominação da doença hoje conhecida como pitiríase rósea.
(Ver Herpes; Pitiríase circinada marginada; *Microsporum*.

Fontes: D'Elia, 1926; Freedberg, 1999; Houaiss, 2001; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Herrick, James Bryan: médico norte-americano nascido em 1861, em Oak Park, Illinois, e falecido em 1954, em Chicago. Concluiu seus estudos, em 1888, na Rush Medical College onde foi professor de 1900 a 1927. Também trabalhou no Cook County Hospital e no Presbyterian Hospital de Chicago. Iniciou sua prática como clínico geral, mas logo desenvolveu interesse pela medicina interna, em particular pelas doenças cardiovasculares. Herrick foi o primeiro a descrever a trombose coronária, e a identificá-la como a origem de muitos ataques do coração. Descobriu a anemia falciforme em 1910, e realizou importantes estudos nessa área. Presidente de várias associações médicas, foi premiado com a American Medical Association's Distinguished Cross.

Fontes: www.36; www.37; www.38.

Hifa: unidade estrutural do corpo vegetativo, ou micélio, da maioria dos

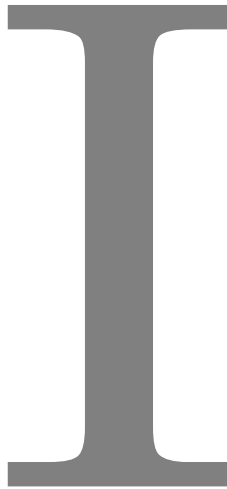
fungos, que forma filamentos simples ou ramificados, divididos ou não por septos transversais. Em muitos tipos de fungos, o micélio cresce debaixo da superfície da matéria da qual eles se nutrem.
(Ver Fungo).

Fontes: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Silveira, 1981.

Hifomiceto: classe de fungos imperfeitos encontrados em *habitat* aquático ou terrestre, providos de micélios bem desenvolvidos, entre os quais se incluem os mofos, alguns deles patogênicos.
(Ver Fungo).

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001.

Hirsch, August: médico e historiador da medicina nascido em Danzig, à época possessão da Prússia, em 4 de outubro de 1817. Reconhecido como um dos grandes nomes da geografia médica, participou de várias expedições a fim de estudar, de uma perspectiva global, a distribuição de diversas doenças, tais como a peste, o cólera e a meningite cérebro-espinhal. No estudo sobre o raquitismo, por exemplo, estabeleceu sua relação com o clima frio e úmido, afirmando que a doença inexistiria nos climas tropical e subtropical. Entre suas principais obras, destacam-se *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* (1881-1886, Manual de patologia histórico-geográfica, 3 volumes), *Geschichte der medizinischen Wissenschaften in Deutschland* (1893, História das ciências médicas na Alemanha) e *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten* (1884-1888; 1929-1935, Enciclopédia biográfica dos ilustres médicos de todos os tempos, 6 volumes), da qual foi editor. Faleceu em Berlim, onde foi professor, no dia 28 de janeiro de 1894.

Fontes: Lello, 1942.

Ictiose: dermatose hereditária caracterizada pela hipertrofia da camada córnea da pele, o que provoca o ressecamento da epiderme, que solta escamas semelhantes às de peixe. Desde o final do século XIX, são reconhecidas distintas formas de ictiose, entre elas a icitiose simples, a serpentina e a ictiose hystrix. A primeira descrição da doença foi feita por Robert Willan (1757-1812), em 1808.

Fontes: D'Elia, 1926; Fitzpatrick, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.211.

Iodeto de potássio (KI): sal branco, cristalizável em cubos, muito solúvel em água e álcool, podendo fundir-se quando exposto ao calor. Resulta da decomposição do iodeto de ferro pelo carbonato de potássio, ou do aquecimento do iodo com potássio ou carbonato de potássio. Até o advento dos antibióticos, na década de 1930, quando foi subsituído pela penicilina, o iodeto de potássio foi largamente utilizado no tratamento da sífilis terciária. No século XIX, era também empregado na terapêutica da tuberculose linfática e da asma, entre outras aplicações. Atualmente, é usado como expectorante e antifúngico, sendo ministrado em poções, soluções ou xaropes. É também utilizado na fabricação de papéis e reveladores fotográficos.
(Ver Iodo; Sífilis).

Fontes: Lello, 1942; Littré & Gilbert, 1908; Paulier, 1882; www.147; www.148.

Iodo: substância química sólida e cintilante da família dos halógenos, de número atômico 53, símbolo "I" e configuração eletrônica $[Kr]4d^{10}5s^{2}5p^{5}$, que se volatiliza quando aquecida. Foi descoberto por acaso em 1811 pelo químico francês Bernard Courtois (1777-1838), que cuidava da fabricação de nitrato de potássio para os exércitos de Napoleão Bonaparte. Seu processo baseava-se na transformação de nitrato de cálcio proveniente de depósitos de salitre em nitrato de potássio, a partir da potassa obtida das

cinzas de algas marinhas. Ao usar ácido sulfúrico para extrair as impurezas dessas cinzas, Courtois percebeu a presença de tênue fumaça que condensava e corroía objetos de cobre. Mais tarde, verificou a formação de um precipitado que dava origem a um gás violeta. Posteriormente, Joseph Louis Gay-Lussac (1778-1850) identificou tal substância como novo elemento químico, que chamou de iodo, palavra derivada do grego *iodès*, que significa "violeta". O iodo é amplamente encontrado na natureza, associado ao sódio nos resíduos da água do mar, em esponjas e plantas marinhas. Também está presente na carne dos peixes, em legumes e frutas (abacaxi, agrião, alho-poró, ameixa e cebola, por exemplo), e alguns poucos minerais como a laurite e o iodato de cálcio, retirados principalmente de depósitos de nitrato chilenos. No homem, o iodo fica armazenado na glândula tireóide. Sua mais importante utilização em medicina é como antisséptico tópico, conhecido pelo nome de "tintura de iodo" (iodo a 2%, com 2,4% de iodeto de sódio em álcool, a 50%). É usado internamente em casos de escrofulismo (tuberculose linfática), hipertrofia ganglionar, raquitismo, sífilis e problemas nas membranas mucosas e serosas. Há ainda o iodo radioativo (isótopo I 131), muito eficaz no diagnóstico do câncer da tireóide. Outras aplicações do iodo e seus subprodutos são: contraste de fotografia, raios X, iodetos alcoólicos, iodofórmio, óleo para máquinas e, ainda, como matéria-prima na produção de metais como o háfnio, silício, titânio e zircônio. As pesquisas sobre a ação do iodo no organismo animal tornaram-se particularmente importantes a partir de 1895, quando se revelou sua relação com a tireóide. Não demorou muito para se verificar que a causa do bócio estava relacionada a problemas de absorção e fixação do iodo naquela glândula, induzindo a um funcionamento anormal (hipertireoidismo). Por isso, em regiões montanhosas da Europa, distantes do mar, onde a incidência de bócio é comum costuma-se adicionar pequena porção de iodo ao sal de cozinha para suprir essa insuficiência na dieta alimentar. Imprescindível ao funcionamento metabólico global, o iodo influi na composição da tiroxina e da triiodotiroxina, hormônios da glândula tireóide que atuam nas funções renais e respiratórias, nos músculos e ossos, no sistema cardiovascular e no sistema nervoso (termogênese). A falta de iodo na infância e adolescência pode interromper ou retardar o desenvolvimento ósseo (raquitismo). Nessa fase, a redução da atividade tireoidiana também pode provocar grave distúrbio físico e intelectual conhecido como cretinismo. Os efeitos mais amenos do hipotireoidismo são cutâneos (pálpebras inchadas, tegumentos ressecados), musculares (anenergia e cãibras), neuropsíquicos (apatia, morosidade de raciocícinio), bem como amenorréia, anorexia, dispepsia, hipotermia e impotência sexual. A utilização de iodo em medicamentos deve ser bastante cuidadosa, pois seu uso prolongado ou em doses excessivas causa intoxicação (iodismo). As substâncias iodadas para contraste em análises clínicas podem ocasionar *rash* cutâneo e outras alergias. Como medida preventiva contra choques anafiláticos em urografias intravenosas, deve-se fazer todos os testes necessários de sensibilidade ao iodo. Vários tipos de fármaco possuem iodo em sua fórmula: antálgicos, antiarrítmicos, antiasmáticos, antigota, anti-hipertensivos, antissépticos externos e intestinais,

bronquiodilatadores etc. (Ver Sífilis; Tintura de Iodo).

Fontes: Cardenal, 1947; Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Koogan-Houaiss, 2004; Paulier, 1882; www.102; www.109; www.110; www.111; www.112; www.113; www.114; www.115; www.138.

Iodofórmio [CHI_3]: substância em desuso desenvolvida em 1822 pelo farmacologista e químico francês Georges-Simon Serullas (1774-1832), o iodofórmio apresenta-se sob a forma cristalizada em palhetas brilhantes amarelo-enxofre que sofrem evaporação à temperatura ambiente e se volatilizam com o vapor. Contém 96% de iodo em sua fórmula, odor pungente e desagradável. Usado como anestésico e antisséptico tópico de ação prolongada, exerce efeito antimicrobiano em mucosas e reduz a secreção de lesões. Resultante da reação do iodo sobre o álcool e algum metal alcalino, pode ser preparado como óleo, pasta ou substâncias hidrossolúveis como a água destilada ou o soro fisiológico. No passado, foi bastante utilizado para tratamento endodôntico de canal, mas foi progressivamente abandonado pelas propriedades tóxicas do iodo, pela alteração na cor do esmalte dos dentes, por seu cheiro e sabor desagradáveis. (Ver Iodo).

Fontes: Cardenal, 1947; Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Koogan-Houaiss, 2004; Paulier, 1882; www.116; www.117; www.124; www.177.

Kaposi, Moritz Kohn: médico húngaro nascido em Kaposvár, em 23 de outubro de 1837. Após diplomar-se pela Faculdade de Medicina de Viena, em 1861, foi nomeado assistente de Ferdinand von Hebra (1816-1880), famoso dermatologista austríaco, com quem trabalhou de 1862 a 1867. Prolífico escritor, Kaposi deu inúmeras contribuições originais à dermatologia, dedicando-se aos aspectos clínico, patológico e terapêutico das doenças com manifestação cutânea. Teve especial interesse pelas lesões na pele e mucosa causadas pela sífilis, assim como pela etiologia e tratamento dessa doença. Realizou estudos sobre a *dermatitis herpetiformis* (primeiramente descrita por von Hebra), a *lymphoderma perniciosa* e o *lichen ruber moniliformis*, doenças que caracterizou como entidades específicas. Juntamente com Hebra e outros dermatologistas, produziu descrições do *lupus erythematosus* da pele, do rinoscleroma e do rinofima, além de publicar trabalhos sobre dermatologia ("On diseases of the skin, including the exanthemata", 1866-1880; "Lehrbuch der Hautkrankheiten", 1874-1877). Em 1875, assumiu a cadeira que havia sido ocupada pelo mestre na Universidade de Viena, e em 1879 foi nomeado diretor da clínica dermatológica da mesma cidade. Casado com a filha de Hebra, que era católico, Moritz Kohn, judeu, acrescentou o sobrenome Kaposi em homenagem a seu lugar de nascimento. Dos vários epônimos associados ao médico húngaro, destaca-se o sarcoma de Kaposi, raro tipo de câncer por ele descrito em 1872, hoje associado a muitos casos de Aids. Kaposi faleceu em Viena, a 6 de março de 1902. (Ver Hebra, Ferdinand Ritter von; Líquen; Lúpus Eritematoso).

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.190.

Kimball, John Hancock: médico norte-americano nascido em 9 de julho de 1832, numa parte do estado de Maine posteriormente anexada a Bridgton, onde veio a falecer em 20 de junho de 1902. Graduado em medicina pela

Harvard Medical School, em 1857, serviu na Guerra Civil norte-americana (1861-1865), tendo sido recrutado duas vezes como cirurgião do exército da União. Acompanhado da filha, chegou ao Havaí em 11 de junho de 1882. Em outubro desse mesmo ano, foi nomeado médico do governo norte-americano para o distrito de Hilo, onde permaneceu até maio de 1888. Transferido para Honolulu, ficou responsável pelo dispensário da capital havaiana até janeiro de 1890, quando se tornou presidente do Conselho de Saúde do Reino do Havaí. Renunciou ao cargo após nove meses de trabalho, retornando aos Estados Unidos no início de 1891.

Fontes: www.193.

Klebs, Edwin: médico e bacteriologista alemão nascido em Koenisberg, em 6 de fevereiro de 1834, e falecido em Berna, em 23 de outubro de 1913. Reconhecido por suas observações originais sobre doenças infecciosas, apoiadas na bacteriologia, realizou pesquisas sobre tuberculose, malária, antraz e sífilis. Em 1879, juntamente com o médico italiano Tommasi Crudeli, descreveu o *Bacillus malariae*, microrganismo que consideraram o causador da malária. Klebs notabilizou-se, principalmente, pela descrição do bacilo da difteria, em colaboração com Friedrich August Johannes Löffler, em 1884. Assistente de Rudolf Virchow (1821-1902) no Instituto de Patologia de Berlim entre 1861 e 1866, lecionou anatomia patológica em diversas universidade européias e, a partir de 1896, no Rush Medical College, em Chicago, Estados Unidos. Além de monografias e artigos, publicou um manual de anatomia patológica (1869-1876) e um tratado sobre patologia geral (1887-1889).

(Ver Crudeli, Tommasi Corrado).

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.165.

Koebner, Heinrich: dermatologista alemão (1838-1904), considerado o fundador da dermatologia clínica universitária e pioneiro da dermatologia em Breslau (Prússia). Tem seu nome associado a um fenômeno por ele descrito em 1872: a reação ou efeito isomórfico, também conhecido como fenômeno de Koebner, ocorre em certos tipos de dermatoses, principalmente a psoríase, em resposta a traumas como escoriações, queimaduras ou pressão sobre a pele, dando origem a lesões típicas nos locais atingidos.

Fontes: Stedman, 1979; www.192; www.191; www.174; www.208.

Láudano: nome genérico de medicamento à base de ópio, muito difundido à época de Adolpho Lutz, de efeito sedativo, usado em aplicações externas e, por vezes, internamente. Sem qualificativo, designa a fórmula criada pelo médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689), vinho ou tintura de ópio composto de ópio oficinal (200 g), açafrão (100 g), canela do Ceilão (15 g), cravo da Índia (15 g) e vinho de Grenache (1.600 g).

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Pinto, 1949.

Leloir, Henri Camille Chrysostôme: dermatologista francês nascido em Tourcoing, em 30 de novembro de 1855, e falecido em Paris, em 18 de junho de 1896. Estudante nas Faculdades de Medicina em Lille e Paris, doutorou-se nesta última em 1881. É reconhecido principalmente por suas pesquisas sobre a tuberculose cutânea, as trofodermatoses – dermatoses devidas a problemas de nutrição da pele – e a lepra, que estudou na Noruega, Itália e sul da França. Foi um dos defensores da transmissão desta última doença por meio da inoculação de seu agente por mosquitos, pois acreditava que a epiderme e hipoderme constituíam barreiras à entrada do microrganismo causador da doença, inviabilizando o contágio direto através do simples contato. Chefe de Clínica no Hospital Saint-Louis em 1882, passou a lecionar dermatologia e sífilis em Lille na condição de *professeur agrégé* a partir de 1884, sendo nomeado professor da faculdade no ano seguinte. A doença de Leloir, também conhecida como lúpus vulgar eritematóide, é uma forma de tuberculose cutânea que guarda alguma semelhança com o lúpus eritematoso.
(Ver Lepra; Lúpus Tuberculoso).

Fontes: www.178; www.204.

Lepra: hansenníse, elefantíase-dos-gregos, gafa, gafeira, gafo, guarucaia, lazeira, macota, macutena, mal, mal-bruto, mal-de-cuia, mal de Hansen,

mal-de-lázaro, mal-de-são-lázaro, mal-do-sangue, mal-morfético, morféia. No Brasil, a substituição do vocábulo lepra por hanseníase foi proposta inicialmente na década de 1970, no Estado de São Paulo, por acreditar-se que isso ajudaria a desfazer o milenar estigma imputado ao enfermo. A proposta foi oficializada pelo governo federal por meio do Decreto nº 76.078, de 4 de agosto de 1975, que alterou a denominação da Divisão Nacional de Lepra para Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, e da Campanha Nacional Contra a Lepra para Campanha Nacional Contra a Hanseníase. Vinte anos depois, por meio da Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, foi determinada pelo governo federal a substituição do termo "lepra" e seus derivados na linguagem empregada nos documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros. Doença infecto-contagiosa crônica, curável desde as décadas de 1940 e 1950, causada pelo bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*), microrganismo identificado pelo médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) em 1874. Manifesta-se por meio de lesões cutâneas anestésicas e distúrbios neuríticos, evoluindo, de acordo com o grau de resistência dos enfermos, seja para a regressão espontânea, seja para o agravamento progressivo do quadro clínico, com comprometimento gradual dos nervos sensitivos da pele e de troncos nervosos, da mucosa nasal e orofaringolaríngea, olhos e vísceras. A transmissão da doença ainda apresenta aspectos obscuros, mas se admite que ocorra, sobretudo em condições, segundo alguns médicos, de contato íntimo e prolongado, por contágio direto: os bacilos eliminados por meio de perdigotos, muco nasal e lesões ulceradas podem atingir a pele ou mucosa (sobretudo a nasal) da pessoa sã e penetrar no organismo através de fendas aí presentes. A infecção pelo bacilo, contudo, não implica obrigatoriamente a aquisição da doença, que depende do grau de resistência de cada indivíduo e de peculiaridades do bacilo de Hansen: alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, capacidade de infectar grande número de pessoas, mas de desenvolver-se como doença em pequeno número de infectados. Atualmente, são reconhecidas quatro formas clínicas da doença: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchoviana. Com o objetivo de simplificar o diagnóstico, a Organização Mundial de Saúde adotou outra classificação que distingue as categorias bacilífera (multibacilares) e não-bacilífera (paucibacilares). A primeira, responsável pela cadeia de transmissão quando não tratada, caracteriza-se pela presença de grande número de bacilos no indivíduo infectado. Na segunda categoria, o *Mycobacterium leprae* ocorre de maneira escassa, apresentando até mesmo resultado negativo para o exame laboratorial. Ao longo dos séculos XIX e XX houve várias tentativas de se estabelecer classificação precisa que desse conta das diferentes manifestações clínicas da lepra, do ponto de vista clínico, bacteriológico, imunológico, histopatológico e evolutivo. Segundo François Henri Hallopeau (1842-1919), a diferenciação estabelecida por Robinson, em 1819, entre a lepra tuberculosa e a anestésica teria sido aceita primeiramente por Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) e Carl Wilhelm Boeck (1808-1875), e daí em diante por diversos outros autores. Admitia-se, ainda, a forma mista, em que se manifestavam as duas formas

descritas por Robinson. Utilizando parâmetros não muito diferentes dos de Robinson, Henri Camille Chrysostôme Leloir (1855-1896) distinguia as formas tegumentar e nervosa; Gerhard Armauer Hansen e Carl August Looft (1863-1943), as formas tuberosa e maculo-anestésica. Adolpho Lutz, em fins da década de 1880, reconhecia três modalidades de lepra – tuberosa, nervosa e maculosa –, e ainda formas mistas. Paul Gerson Unna (1850-1929) classificava as manifestações cutâneas da lepra em dois grupos: lepromas e neuro-lépridas (erupção cutânea consecutiva a uma nevrite devida ao bacilo de Hansen). Nos anos subseqüentes, foram propostos outros arranjos e termos para as diversas manifestações da hanseníase.
(Ver Hansen, Gerhard Henrik Armauer; *Mycobacterium leprae)*.

Fontes: Brouardel & Gilbert, 1896; Charcot & Bouchard, 1899-1905; Claro, 1995; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Moreira, 2003; Sarno, 2003; Veronesi, 1982; www.68; www.202.

Levedura ou levedo: fungo ascomicete unicelular que produz a fermentação alcoólica das soluções açucaradas, ou que faz fermentar a massa do pão. O gênero mais importante é o Sacaromices. (Ver Fungo).

Fontes: Koogan-Houaiss, 2004.

Licor de Fowler, licor arsenical de Fowler ou, ainda, solução de Fowler: remédio concebido pelo médico inglês Thomas Fowler (1736-1801), constituído de ácido arsênico, carbonato de potássio puro (5 g), água destilada (500 g) e alcoolato de melissa composto (15 g). Segundo Littré & Gilbert (1908), o licor continha o centésimo de seu peso em ácido arsênico, ou 0,01 gramas de ácido por grama de licor. A posologia era de 2 a 12 gotas, diversas vezes ao dia. O licor de Fowler foi utilizado como tônico e no tratamento de processos infecciosos e de afecções cutâneas como o líquen rubro e a psoríase. Até as primeiras décadas do século XX, foi também empregado no tratamento da leucemia.
(Ver Líquen rubro).

Fontes: D'Elia, 1926; Littré & Gilbert, 1908; Paulier, 1882; www.149; www.150; www.151.

Linfa de Koch: líquido estéril extraído de uma cultura de bacilos da tuberculose e empregado no diagnóstico da doença. Também chamada tuberculina, chegou a ser utilizada, sem sucesso, por Robert Koch (1843-1910) no tratamento da tuberculose.
(Ver Tuberculose).

Fontes: Houaiss, 2001; Larousse, 1971; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Líquen: em dermatologia, designação genérica de diversos tipos de dermatoses caracterizadas por erupções papulosas mais ou menos pruriginosas, com engrossamento e aspereza da pele, e com disposição semelhante à dos líquens que crescem sobre as rochas. O uso do termo líquen foi objeto de intensa polêmica entre os dermatologistas no século XIX. Ferdinand von Hebra (1816-1880) dividiu as doenças assim denominadas em dois grupos: o líquen escrofuloso, que se desenvolve no tronco, dorso e baixo ventre, sob a forma de pápulas mais ou menos volumosas, achatadas, em grupos ou placas, de evolução lenta, complicando-se algumas vezes; e o líquen rubro, com as variedades acuminado e plano. No líquen acuminado, incluiu as erupções cujas pápulas são cônicas e se estendem por toda a superfície do corpo. No líquen plano, reuniu as lesões constituídas de

pápulas brilhantes, secas e violáceas, em geral muito resistentes e pruriginosas, localizadas especialmente no pescoço, antebraço e regiões inferiores do abdome. Coube a um discípulo de Hebra, Moritz Kaposi (1837-1902), tentar estabelecer alguma ordem na classificação dos líquens. Segundo esse médico húngaro, o líquen rubro descrito por Hebra, com suas variantes acuminado e plano, nada mais era que o líquen plano estabelecido por Erasmus Wilson (1809-1884) em 1869. A definição de Kaposi acabou se sobrepondo à de Hebra, e um conhecimento mais correto da etiologia dos diversos tipos de líquen resultou na reclassificação de muitos deles nas décadas seguintes. Atualmente, o líquen rubro acuminado é descrito como pitiríasis rubra pilaris. Líquen rubro e líquen plano continuam a ser considerados sinônimos.
(Ver Lichen acuminado; Líquen obtuso; Líquen plano; Líquen rubro).

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.152; www.153.

Líquen acuminado (*lichen acuminatus*): também conhecido como líquen de Hebra em fontes mais antigas (tais quais Cardenal, 1947 e D'Elia, 1926), onde era definido como variedade do líquen rubro. Stedman (1979) considera que líquen rubro, líquen acuminado, líquen de Wilson e líquen plano são sinônimos, preferindo o uso da última expressão para designar a doença caracterizada por erupções de pápulas achatadas, brilhantes e violáceas sobre as superfícies flexoras, a genitália masculina e a mucosa bucal, podendo formar grupos lineares e lesões hipertrofiadas nas pernas. Segundo outras fontes mais recentes, líquen acuminado é um dos nomes dados à pitiriasis rubra pilaris, que, por sua vez, também é conhecida como líquen psoriasiforme, doença de Devergie ou líquen vermelho acuminado. A pitiriasis rubra pilaris é uma enfermidade progressiva e rara da pele, caracterizada pela formação difusa de escamas e eritema (enrijecimento com inflamação persistente da pele) no couro cabeludo, nas palmas das mãos e na planta dos pés. A lesão primária característica é uma pápula vermelha pequena, dura, em forma de cúpula, de cor rosa e vermelha, com um ponto central ceratósico atravessado por um pelo. As pápulas acabam por se fundir, formando placas alaranjadas, eritematosas, grandes e bem delimitadas, em meio às quais observam-se ilhas de pele normal. A causa da doença é desconhecida, aventando-se a hipótese de que tenha relação com uma falha no metabolismo de vitamina A. Os tratamentos usados com mais freqüência são a administração oral ou tópica de retinóides e de vitamina A. A maioria dos casos aparece esporadicamente, mas há casos infantis que podem ter causa genética. Segundo a Classificação Internacional das Enfermidades, realizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, líquen plano e líquen acuminado (pitiríasis rubra pilaris) são doenças distintas e classificadas, portanto, em grupos diferentes.
(Ver Lichen; Líquen plano; Líquen rubro).

Fontes: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Stedman, 1979; www.21; www.22; www.23; www.24.

Líquen obtuso (*lichen obtusus*): tipo de líquen plano no qual as pápulas são mais volumosas (e não achatadas) e menos pruriginosas. Os discos, de cor purpúrea, têm formato redondo ou ovalado, medem de 1 a 2 cm de diâmetro, e situam-se geralmente nos

braços e coxas. (Ver Líquen; Líquen plano).

Fontes: Cardenal, 1947; Stedman, 1979; www.65; www.66.

Líquen plano (*lichen planus*): afecção dermatológica caracterizada pelo aparecimento de pequenas manchas salientes em várias regiões do corpo. As lesões características são elevadas, planas, de cor violácea e com estrias esbranquiçadas na superfície, acompanhadas de muita coceira, em alguns casos desesperadora. Quando as lesões regridem, deixam manchas escuras na pele. O líquen plano pode manifestar-se de maneiras diferentes, com formação de lesões anulares, lineares, verrucosas (pés e tornozelos), bolhosas atróficas (deprimidas), sendo o líquen plano eritematoso ou erosivo passível de ter evolução maligna. Entretanto, em geral, a doença é benigna, com remissões e exacerbações espontâneas, persistindo, tipicamente, durante um ou dois anos, podendo seguir curso crônico ou reincidente por tempo mais longo. Pode estar associada apenas a sintomas menores ou causar desconforto considerável e incapacidade. Quando as lesões atingem todo o tegumento, é chamado de líquen plano generalizado. Nas mucosas, acometidas em 50% dos casos, as lesões são esbranquiçadas e lembram galhos secos de uma árvore. Na boca, a sensação é de ardência e queimação. Em cerca de 10% dos casos de líquen plano, apenas as mucosas são atingidas. É comum que o diagnóstico primário seja feito por um dentista a partir da observação da mucosa bucal, onde aparecem os sintomas iniciais. Ainda que seja desconhecida a etiologia da doença, numerosas observações clínicas têm confirmado o fato de que ocorre sobretudo em pessoas submetidas a tensão nervosa, havendo grandes debates acerca de teorias que postulam a natureza auto-imune e a psicológica do líquen plano. A expressão *lichen ruber planus* foi usada para denotar a cor da lesão, mas já caiu em desuso. Em 1869, Erasmus Wilson deu o nome de *leichen planus* à dermatose que, provavelmente, já havia sido descrita por Hebra como *leichen ruber*. Ao menos dois terços dos casos ocorrem entre os 30 e os 60 anos, sendo mais comum em mulheres. Há uma grande variedade de terapias tópicas e sistêmicas para o líquen plano, dependendo essas opções da cronicidade, sintomatologia e variação das respostas à dermatose. São considerados benéficos os banhos calmantes com aveia, a aplicação de cremes, loções ou ungüentos de triancilona ou beta-metasona, especialmente em combinação com corticóides. (Ver Líquen; Líquen rubro).

Fontes: Houaiss, 2001; www.4; www.20.

Líquen rubro (*lichen ruber*): termo utilizado no século XIX, à época em que Adolpho Lutz iniciou os estudos em dermatologia, para designar o que hoje se denomina líquen plano. Segundo D'Elia (1926), havia duas variedades de líquen rubro: o líquen acuminado e o plano, ambos pruriginosos. O prognóstico era grave, e a afecção, tenaz e rebelde ao tratamento, que consistia em dieta apropriada, na administração de preparações arsenicais (licor de Fowler, cacodilatos) e no emprego tópico de antissépticos e analgésicos. (Ver Líquen; Líquen plano; Líquen acuminado).

Fontes: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Lúpus eritematoso (*lupo*): também chamado de lúpus, lúpus eritematoso sistêmico, lúpus eritematoso disseminado, lupo superficial, uleritema

centrífugo, doença de Biett, doença de Cazenave ou eritema centrífugo. Doença inflamatória crônica da pele, de natureza espectral, caracterizada por ulcerações ou manchas, que variam conforme o tipo específico. De evolução lenta, provoca febre, perda de apetite, manifestações articulares e cutâneas, especialmente manchas na face que lembram asas de borboleta, podendo espalhar-se e atingir outros órgãos. O lúpus é uma enfermidade auto-imune: o sistema imunológico ataca as próprias células e tecidos sãos, por razões até hoje desconhecidas. A doença apresenta três formas principais: na crônica, há apenas lesões cutâneas; a forma subaguda caracteriza-se por lesões cutâneas mais disseminadas e por aspectos clínicos e histológicos mais agudos que os observados na fase discóide crônica; na forma sistêmica ou disseminada, há comprometimento de estruturas vitais. A doença atinge principalmente mulheres jovens, desde o final da adolescência até os 30 anos, e afeta cada pessoa de forma distinta. Os estudos sobre o lúpus eritematoso compreendem três períodos. No período clássico, foram realizadas descrições das desordens cutâneas características da doença por Thomas Bateman (1778-1821), discípulo do dermatologista inglês Robert Willan, no início do século XIX; por Ferdinand von Hebra e Pierre Louis Alphée Cazenave (aluno do dermatologista francês Laurent Theodore Biett, 1781-1840), em meados daquele século. As lesões da forma atualmente denominada lúpus discóide foram descritas em 1833, por Cazenave, que usou a expressão eritema centrífugo; as lesões faciais com aspecto de asas de borboleta foram estudadas em 1846 por Hebra, autor da primeira publicação ilustrada sobre o lúpus eritematoso e outras doenças dermatológicas, o Atlas der Hautkrankheiten (Atlas de Doenças de Pele, 1856-1876). O período neoclássico teve início em 1872, quando Moritz Kohn Kaposi, dermatologista húngaro (1837-1902), genro e sucessor do dermatologista austríaco Ferdinand von Hebra, descreveu a natureza sistêmica do lúpus eritematoso, distinguindo dois tipos: o discóide e o disseminado. Kaposi analisou em "Neue Beitrage zur Keantiss des lupus erythematosus" (Nova contribuição para o conhecimento do lúpus eritematoso, *Archives of dermatology and syphilology*, 1872, v.4, n.36) os vários sintomas que caracterizavam esta última forma: nódulos subcutâneos, artrite com hipertrofia das juntas grandes e pequenas, linfoadenopatia, febre, perda de peso, anemia e envolvimento do sistema nervoso central. Os trabalhos realizados por Sir William Osler (médico canadense, 1849-1919, Oxford), em Baltimore ("On the visceral manifestations of the erythema group of skin diseases – third paper", Sobre as manifestações viscerais do grupo eritematoso de doenças de pele, *American Journal of Medical Sciences*, 1904, v.127, n.1), e de Josef Jadassohn (dermatologista alemão, 1863-1936), em Viena ("Lupus erythematodes" em Mracek F., Ed., *Handbuch der Hautkrakheiten*, Wien: Alfred Holder, 1904, p.298-404), na virada do século XIX para o XX, consolidaram os conhecimentos sobre o lúpus disseminado ou sistêmico. O período moderno é inaugurado com a aplicação da imunologia aos estudos do lúpus erirematoso e a descoberta, em 1947, das células LE (Lúpus Eritematoso) por R. J. Morton. No ano seguinte, Malcoln McCallum Hargraves, médico norte-americano, nascido em 1903, e seus colaboradores reconheceram essas células na medula

óssea dos pacientes com disseminação aguda de lúpus eritematoso, e afirmaram que eram o resultado da fagocitose do material nuclear livre. Outros avanços importantes no estudo do lúpus foram o desenvolvimento de modelos animais e o reconhecimento do papel da predisposição genética para o desenvolvimento da doença. Sua ocorrência no seio de determinadas famílias foi investigada inicialmente por Johann Otto Leonhardt Heubner (médico alemão, 1843-1926), em 1954, e posteriormente por Frank Cheryl Arnett (professor e chefe de medicina interna e diretor da área de reumatologia na University of Texas Medical School, em Houston), e Lawrence Edward Shulman (reumatologista norte-americano, nascido em 1919), que publicaram juntos "Studies in familial systemic lupus erythematosus" (Estudos sobre lúpus sistêmico familiar, *Medicine*, 1976, v.55, n.313). Atualmente, a biologia molecular vem revolucionando os conhecimentos sobre a doença, e espera-se que os estudiosos possam identificar seus fatores etiológicos. Até o fim do século XIX, o tratamento do lúpus consistia no uso da quinina, às vezes combinada com salicilatos. O tratamento do lúpus sistêmico foi revolucionado pela descoberta feita por Philip Showalter Hench (médico norte-americano, 1896-1965), em meados do século XX, de que o hormônio adrenocorticotrópico e a cortizona tinham ação eficaz. Atualmente, os corticosteróides são a base do tratamento, estando em curso estudos sobre novos agentes biológicos que permitam obter a cura do lúpus.
(Ver Lúpus tuberculoso).

Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.1; www.2; www.35; www.67; www.69; www.73; www.74; www.75; www.76.

Lúpus tuberculoso ou tuberoso: enfermidade cutânea crônica que se caracteriza pelo desenvolvimento de lesões nodulares na face, geralmente ao redor do nariz e das orelhas. Originalmente, o termo foi utilizado para designar qualquer tipo de ulceração corrosiva da pele. Em 1808, Robert Willan (1757-1812) diferenciou o lúpus de outras enfermidades cutâneas, classificando-o como uma doença crônica e dando a ele o nome de lúpus vulgar, depois chamado tuberculose cutânea. Em 1851, Pierre Louis Alphée Cazenave (1795-1877) descreveu o lúpus eritematoso, distinguindo-o da forma identificada por Willan. Atualmente, o vocábulo lúpus vem sempre acompanhado do adjetivo que especifica o tipo.
(Ver Lúpus Eritematoso).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; www.182; www.183.

Matterstock, Georg: médico alemão nascido em Würzburg, em 12 de fevereiro de 1847, e falecido nessa mesma cidade em 30 de maio de 1915. Foi livre-docente (1878) e *ausserordentlich Professor* (professor auxiliar) na Faculdade de Medicina da Universidade de Würzburg (1888). Dirigiu a policlínica vinculada a essa instituição.

Fontes: www.143.

Mercúrio [Hg]: elemento químico metálico e líquido, de número atômico 80, usado para formar compostos com fins medicinais aos quais se atribuíam, à época de Adolpho Lutz, propriedades anti-sifilíticas e antissépticas, neste último caso, em forma de pomada a 1-2%. O mercúrio era usado também como componente de catárticos, cremes dentais e produtos anti-helmínticos; alguns compostos mercuriais continuam a ser utilizados hoje, ainda que de forma rara. Além disso, o mercúrio é empregado em termômetros, barômetros, em amálgamas de obturações odontológicas, na separação do ouro de areias auríferas, em lâmpadas fluorescentes etc. O mercúrio e sua principal fonte de extração, o cinábrio, eram conhecidos e utilizados desde tempos remotos. Havia extração de mercúrio nas minas Kwichan, na China, desde 1200 a.C.; os fenícios, 700 anos antes da era cristã, utilizavam o metal para extrair e purificar o ouro. Na Índia acreditava-se que o mercúrio possuía propriedades afrodisíacas. Os incas utilizavam-no como material de pintura, dando-lhe o nome de *llampi*. O mercúrio foi empregado pelos egípcios desde a 18ª dinastia faraônica (1600 a.C.), o que é provado pelo fato de ter sido o metal encontrado em vasilha funerária do período. Os gregos e romanos usavam o cinábrio em pinturas, e alguns de seus mais renomados médicos utilizavam-no sob a forma de ungüento. Mercúrio designava o metal, o planeta e uma divindade (deus do comércio e mensageiro dos deuses do Olimpo); para evitar confusões, os gregos chamavam o metal de *hidrargiro*, que

significava prata líquida. A forma latinizada era *hidrargyrum*, prata viva. É dessa palavra que provém o símbolo Hg, assim como os termos hidrargiria, hidrargirismo, hidrargirose, atualmente conhecidos como mercurialismo, intoxicação provocada pela absorção excessiva do metal. Apesar de ser conhecido e utilizado desde a Antiguidade, até o século XV seu consumo foi escasso, restrito quase que exclusivamente à fabricação de tintas e à medicina. O consumo crescente do mercúrio começou quando Bartolomé Medina, de Sevilha, estabeleceu, em 1557, um método para amalgamar a frio os minerais da prata usando aquele metal. No século XVI, Paracelso introduziu seu emprego no tratamento da sífilis; Torricelli utilizou-o no barômetro, em 1643; e em 1720, Farenheit utilizou-o na confecção do termômetro. O mercúrio serviu à análise de gases nos trabalhos de Priestley, no final do século XVIII. Segundo Wyngaarden (1992), atualmente, mais de sessenta profissões envolvem a exposição ao mercúrio: manufatura de pesticidas, inseticidas e formicidas; de instrumentos contendo mercúrio; fabricação de lâmpadas, luzes de néon, baterias, papel, tintas, corantes, equipamentos elétricos e jóias; e de materiais usados por dentistas. Além da exposição ocupacional ou industrial, a intoxicação tem resultado da contaminação inadvertida de cereais por pesticidas que contêm o metal, assim como pela ingestão acidental ou intencional, ou injeção de mercúrio elementar (ou de compostos à base do metal). (Ver Sífilis).

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Wyngaarden, 1992; www.77.

Método de Gram: técnica de coloração histológica desenvolvida pelo médico dinamarquês Hans Christian Joachim Gram (1853-1938). Empregado no estudo dos microrganismos patogênicos, é o método mais utilizado na classificação e identificação das bactérias. Baseia-se na maior ou menor retenção de certos corantes no interior da célula bacteriana em razão da estrutura e composição química de sua parede celular. No início do processo, as bactérias são submetidas à coloração por violeta-de-genciana e em seguida a uma solução de lugol. Depois de descorados por meio de álcool, os microrganismos são lavados, contracorados com safranina, lavados novamente e secados. Aqueles que retêm a coloração adquirida são então classificados como gram-positivos, sendo chamados gram-negativos os que não a conservam.
(Ver Coloração; Fucsina).

Fontes: D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Nosso Século, 2002; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Metrite: termo usado em ginecologia para designar inflamação uterina, variando os tipos conforme a parte do órgão afetada: metrites cervicais (colo do útero); metrites corpóreas (corpo do útero), e, ainda, metrites intersticiais e parenquimatosas. As primeiras manifestam-se por leucorréia simples ou pequenas hemorragias, exigindo tratamento local; as outras ocorrem sobretudo após os partos ou abortos. As metrites são tratadas eficientemente por meio de antibióticos. Segundo D'Elia (1926), principiam pela mucosa e se estendem a todo o parênquima do órgão, dividindo esse autor as diversas formas em dois grupos: metrite aguda e crônica, sendo o tratamento urgente em ambos os casos. Também é conhecida como histerite ou uterite.

Fontes: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Micose: doença causada por fungos que afetam plantas e animais. Entre as numerosas espécies do Reino Fungi, algumas implantam-se em tecidos humanos, lesando-os mais ou menos. Os que têm particular tropismo pela ceratina, proteína fibrosa que constitui o pêlo, a unha e a camada córnea da epiderme, proliferam aí, determinando reações dermo-epidérmicas. Esses, chamados por algumas fontes de ceratófitos, e os dermatófitos são os agentes das micoses superficiais, que envolvem somente a pele e seus anexos: a tinha do couro cabeludo e da virilha, e e a tinha versicolor, por exemplo. Já os fungos microaerófilos ou anaeróbios encontram condições de vida na derme e hipoderme, em cavidades e órgãos internos, originando as micoses profundas ou sistêmicas. Contraídas principalmente por inalação, disseminam-se através da via linfo-hematogênica, atingindo órgãos como pulmões, pele, fígado e sistema nervoso central. Fazem parte desse grupo a blastomicose, a coccidioidomicose, a criptococose e a histoplasmose. A divisão clássica das micoses em "superficiais" e "profundas" é didática mas não pode ser rígida, pois afecções produzidas por leveduras, predominantemente superficiais, determinam às vezes lesões sistêmicas. O quérion e a sicose dermatofítica são exemplos de micoses superficiais com intenso envolvimento dermo-hipodérmico. Por sua vez, micoses profundas podem apresentar manifestações superficiais em seus estágios iniciais ou evolução. Os agentes dessas micoses são, então, alcançados por tópicos fungistáticos ou fungicidas, com relativa facilidade. Os tópicos clássicos ainda usados hoje são o álcool iodado a 1%; o enxofre e seus derivados (sulfuretos, hipossulfito de sódio); o ácido benzóico e seus derivados; os mercuriais e os corantes, especialmente a violeta de genciana aquosa a 1-2%. Os ceratolíticos (como o ácido salicílico a 2-5%) favorecem a ação dos tópicos. Substâncias ativas mais modernas são os ácidos propiônico e undecilênico e seus sais, o hexilresorcinol, o tribomoidroxitolueno, a cloro-iodohidroxiquinoleína, a bromo-salicilcloroanilina, o haloprogin, o clotrimazol, o miconazol, o tolnaftato e o tolciclato. A nistatina e a anfotericina B, em solução, suspensão, creme gel ou pomada, são antibióticos tópicos largamente empregados. Em comprimidos vaginais, óvulos ou cremes, a nistatina, a anfotericina B e a piramicina são úteis no tratamento das vulvo-vaginites. Os medicamentos sistêmicos são empregados nas micoses profundas e das cavidades, bem como nas dermatofitoses resistentes, extensas, dermo-hipodérmicas, foliculares e ungueais. Usam-se o iodeto de potássio, o iodeto de sódio, as sulfas, as sulfonas, o calciferol, o tiabendazol, a clofazimina e a 5-fluorocitisina, bem como os antibióticos: griseofulvina, nistatina, anfoterenicina B, eritromicina, tetraciclinas, cloromicetina e outros (Veronesi, 1982). Via de regra, as micoses não são transmitidas de homem a homem. O *habitat* natural de diversos patógenos fúngicos é limitado a áreas geográficas específicas. Conseqüentemente, a população residente nessas áreas corre maior risco de contrair tais "micoses endêmicas". Alguns fungos são patógenos oportunistas, propensos a causar doenças quando as defesas do hospedeiro encontram-se alteradas. As culturas de fungos e estudos histopatológicos, feitos a partir de líquidos corporais infectados (escarro, sangue, urina e liquor) e tecidos (pele, pulmões, fígado, medula óssea e

linfonodos) são os principais métodos para o diagnóstico de micoses. Sua disseminação aumentou com o uso crescente de antibióticos, porque estes matam bactérias que destroem fungos. Os termos doenças fúngicas e micoses são sinônimos.

Fontes: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Micose fungóide: chamada, também, de granuloma fungóide, escrofuloderma ulcerativo, doença de Alibert, síndrome de Alibert-Bazin, fibroma fungóide, granulossarcóide, granulossarcoma e granuloma sarcomatóide. Doença rara, e fatal, caracterizada por reticulose progressiva e crônica da derme, com proliferação de elementos celulares anormais, necrose de liquefação e invasão da epiderme, com a formação de espaços claros que contêm células mononucleares (abscessos de Pautrier). Doença mais comum entre as linfomatosas que atacam a pele, a micose fungóide é caracterizada pelo desenvolvimento de placas liquenóides que se convertem em tumores brandos, vermelhos, dolorosos, com tendência à ulceração e expansão. Foi descrita pela primeira por Jean-Louis-Marc Alibert (1768-1837), dermatologista francês, que, em 1835, batizou-a de micose fungóide em razão da aparência dos tumores, que lembravam cogumelos, e não com a intenção de ressaltar uma etiologia fúngica qualquer. Apesar de impróprio, o nome é mantido por seus antecedentes históricos.

Fontes: Cardenal, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.59.

Micrococcaceae: família de bactérias, da ordem Eubacteriales, cujo gênero padrão é o *Micrococcus*. Compreende espécies de forma arredondada e gram-positivas, em geral imóveis e aeróbias, que ocorrem sozinhas ou aos pares, em tétrades, aglomerados, massas irregulares ou mesmo cadeias. Inclui formas de vida livre, saprófitas, parasitas e patogênicas. (Ver Micrococo).

Fontes: Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.160.

Micrococo: designação comum às bactérias do gênero *Micrococcus* que possuem forma de pequenos cocos e são gram-positivas. Aeróbicas, raramente móveis, são encontradas em alimentos e utilizadas na cura e produção de alguns tipos de queijos. Adolpho Lutz e muitos outros autores do século XIX usavam o termo “coco” como sinônimo de micrococo. (Ver Bactéria).

Fontes: Houaiss, 2001; Miquel & Cambier, 1902.

Microsporum: termo de origem grega que significa pequena semente. O *Microsporum* faz parte dos dermatófitos, grupo homogêneo de fungos parasitas da pele e dos pêlos do homem e de vários animais que vivem na queratina do estrato córneo, unhas e pêlos e que, com freqüência, provocam reação inflamatória na pele, com prurido, eritema, escamas e vesículas (Wyngaarden, 1992). Além do *Microsporum*, fazem parte do grupo de dermatófitos o *Trichophyton* e o *Epidermophyton*. Diversas espécies pertencentes ao gênero *Microsporum* causam a tinha no couro cabeludo, uma infecção fúngica que envolve, primariamente, os pêlos. Esse gênero de fungo é mais comumemte encontrado em crianças que ainda não atingiram a puberdade, quando, em geral, as lesões desaparecem. O *M. audouini* é um dos causadores da tinha, doença transmitida de criança a criança por objetos de uso pessoal como toalhas, roupa de cama,

chapéus etc. (Fitzpatrick, 1971).
Quando a tinha do couro cabeludo tem como causa o *M. canis*, o agente pode fluorescer sob a lâmpada de Wood, mas, para o diagnóstico, fazem-se exames de preparações com KOH e culturas para fungos, usando cabelos arrancados e escamas provenientes das áreas afetadas do couro cabeludo (Wyngaarden, 1992). O *M. gypseum*, que comumente habita o solo, gera quadros inflamatórios em gatos e cães que, por sua vez, transmitem a doença ao homem (Fitzpatrick, 1971). Murray (1910) qualificava o *Microsporum furfur* como o fungo causador da tinha versicolor, e o *M. minutissimum*, como o agente do eritrasma, mas Wyngaarden (1992) atribui esta última doença ao *Corinebacterium*.
(Ver *Herpes tonsurans*; Pitiríase circinada marginada).

Fontes: Cardenal, 1947; Fitzpatrick, 1971; Murray, 1910; Wyngaarden, 1992.

Mixomiceto: grupo de microrganismos unicelulares, em geral de vida livre, semelhantes a fungos e extremamente primitivos. De hábito, são encontrados em cepos e cascas de árvores, na madeira em decomposição e no solo úmido. Reproduzem-se por meio de esporos propagados pelo vento que, depois de germinarem, dão origem a estruturas filamentosas de natureza protéica chamadas flagelos, responsáveis pela locomoção do microrganismo. Mais tarde, os flagelos desprendem-se dos mixomicetos e unem-se em uma massa gelatinosa dotada de movimentos amebóides lentos. Essas mixamebas, unidas duas a duas, formam, em seguida, um zigoto (célula formada a partir da fusão dos gametas masculino e feminino), o qual pode agregar-se com outros para formar uma grande massa protoplasmática multinucleada, sem parede celular, denominada plasmódio. O plasmódio multiplica-se, dando origem a grande número de esporos, de variadas formas, freqüentemente encontrados nos meios aqui indicados. Os mixomicetos possuem história taxonômica bastante complexa. Como apresentam características comuns a fungos e a protozoários, já foram classificados pelos biólogos num ou noutro grupo. Atualmente, estão incluídos no reino Protista. (Ver Fungo).

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Nosso Século, 2002; Encyclopædia Britannica, 2001; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.170; www.171; www.172.

Molluscum contagiosum: infecção dermatológica crônica caracterizada pelo surgimento de vesicopústulas. Causada por um vírus da família poxvírus (*Molluscipoxvírus Molluscum contagiosum*), ocorre normalmente em crianças por meio do contato com a pele de outra pessoa contaminada, na maioria das vezes atingindo as axilas, o braço, o pescoço e o rosto. Nos adultos, afeta mais a região genital, sendo transmitida sexualmente (é crescente a incidência na população de indivíduos imunodeficientes com Aids. A literatura médica apresenta descrições da moléstia desde o limiar do século XIX por Bateman e pouco depois (1841) por Henderson e Paterson. Mas foi em 1905 que Juliusberg, Wile e Kingery conseguiram isolar o *molluscum contagiosum* e revelaram sua transmissibilidade. Também chamado de condiloma subcutâneo, molusco contagioso, molusco epitelial e molusco séssil.
(Ver Condiloma).

Fontes: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.83; www.96; www.107; www.119; www.139.

Morfina [$C_{17}H_{19}NO_3$]: um dos mais importantes alcalóides do ópio, usado em medicina como analgésico, narcótico, sedativo e ansiolítico. A morfina faz parte de um grupo de substâncias derivadas da papoula (*Papaver somniferum*), de onde se extrai também o ópio. Conhecida há mais de cinco mil anos, essa planta já era utilizada pelos sumérios para combater insônia e constipação intestinal. Os gregos usavam o ópio em cultos religiosos e para dar coragem aos guerreiros durante as batalhas. Galeno e outros médicos do começo da era cristã prescreviam a substância a vítimas de epilepsia, bronquite, asma, pedra nos rins, febre, melancolia, disenteria e outros males. No século XIX, o uso do ópio disseminou-se pelas mesmas vias de expansão do comércio mundial. Na Grã-Bretanha, a importação da droga saltou de 40 toneladas em 1830 para 127 toneladas em 1860, das quais 34 toneladas foram reexportadas para a América. Os negociantes ingleses transportavam ópio da Índia para a China, e lá o trocavam por chá e sedas. O consumo cresceu a tal ponto nesse país que, em 1839, o imperador chinês Ch'ung Ch'en proibiu a importação do ópio, condenando a severas penas seus usuários. O império britânico levantou-se em defesa do tráfico da droga, e obteve a vitória na chamada Guerra do Ópio (1839-1842), obrigando a China a ceder-lhes a ilha de Hong Kong, a liberar a importação do ópio e a pagar indenização pelas cargas confiscadas durante o conflito. Em 1900, metade da população adulta masculina da China era viciada em ópio, flagelo que só terminou em 1949, com a vitória da revolução que levou Mao Tsé-Tung ao poder. No começo do século XIX, foi extraída a principal substância ativa do ópio, a morfina, nome derivado de Morfeus, deus do sono. Certa fontes atribuem a inovação a Armand Seguin, médico da armada de Napoleão; outras, a Friederic Sertuener, farmacêutico de Hannover, variando as datas entre 1803 e 1806. Outra inovação médica, a seringa com agulha hipodérmica criada pelo médico francês Charles Gabriel Pravaz na década de 1850, facilitou a introdução dessa e de outras drogas no organismo humano. A morfina passou, então, a disputar espaço com o ópio na medicina e na toxicomania. Continuou a ser usada para dar alívio físico e psicológico às pessoas recrutadas para as guerras, o que gerou a chamada "doença do soldado", responsável por milhares de dependentes. Na passagem do século XIX para o XX, o uso da morfina se havia disseminado a tal ponto que nos cafés e teatros das grandes cidades era comum ver-se homens e mulheres injetarem em si mesmos o "remédio dos deuses". O vício tornou-se um problema sanitário e social grave e levou à realização de estudos para se obter um fármaco com os mesmos efeitos terapêuticos, mas que não ensejasse a dependência. A Bayer julgou haver encontrado essa substância em 1874, por obra do mesmo farmacêutico que desenvolveu a aspirina, Heinrich Dreser: a diacetilmorfina, mais conhecida como heroína, do alemão *heroisch*, por sua "heróica" capacidade de subjugar os males. O suposto antídoto, largamente utilizado no tratamento da tuberculose e de outras doenças, logo se tornou mais um veneno a disputar a preferência dos toxicômanos com o ópio e a morfina. Mais tarde, foram descobertos outros alcalóides da papoula, como a codeína e a tebaína. Durante a Segunda Guerra Mundial, a escassez de morfina levou um laboratório alemão à descoberta da metadona, posteriormente usada no tratamento de adictos à heroína. Em

1924, o congresso norte-americano declarou ilegal a importação desta última droga, e nas duas décadas subseqüentes sua produção e seu uso em medicina foram banidos em quase todo o mundo. Opiáceos como a morfina possuem estrutura química capaz de se ligar a neurotransmissores denominados endorfinas, associados ao controle da dor e a sensações de prazer, bem-estar e relaxamento. Ao atingirem o cérebro, essas drogas deprimem os centros nervosos responsáveis pela dor e pela vigília, além das regiões que controlam a respiração, os batimentos do coração e a pressão do sangue. Interferem no chamado limiar da dor, que regula a interpretação dos sinais dessa natureza recebidos pelo cérebro, sem neutralizar outras sensações, o que explica seu uso como anestésico. À medida que o organismo humano se torna dependente da droga, a situação se inverte, e o usuário passa a usá-la para os transtornos causados pela abstinência: náuseas, vômitos, diarréias, cãibras musculares, cólicas intestinais, lacrimejamento etc. O organismo desregulado deixa de produzir algumas substâncias e produz outras em excesso. Os dependentes ficam sujeitos a danos mais graves: surdez, cegueira, inflamação das válvulas cardíacas, necrose das veias, coma e morte. Apresentando-se em forma de cristais insolúveis, de sabor amargo, a morfina combinada com ácidos produz sais solúveis, com teor equivalente a 10% de seu peso. Sua ação sobre o sistema nervoso central manifesta-se por breve período de excitação seguido de depressão, variando a estimulação conforme as espécies de droga e a dose. A morfina é usada como analgésico no tratamento de dores violentas – espasmos da musculatura lisa ou algias de cancerosos, por exemplo – mas sua ação sobre o organismo enfraquece com o tempo, e as doses precisam ser aumentadas. É injetada sob a forma de cloridrato ou sulfato, e serve para a preparação de numerosos derivados (diamorfina, codeína, codetilina, heroína, metopon). O antídoto específico para neutralizar os efeitos da morfina é a N-alil-normorfina ou nalorfina.

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.45; www.41; www.10.

Mus decumanus (Pallas, 1778): denominação antiga da espécie de rato vulgarmente conhecida como ratazana. Segundo Wilson & Reeder (1993), é sinônimo de *Rattus norvegicus*.

Fontes: Wilson & Reeder, 1993.

Mycobacterium leprae: microrganismo causador da lepra descrito pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) em 1874. Também chamado bacilo de Hansen, é uma bactéria aeróbica e álcool-acidorresistente, em forma de bastonete reto ou ligeiramente encurvado, e por vezes ramificado. O gênero *Mycobacterium* foi proposto por Karl B. Lehmann e R. O. Neumann, em 1896, para caracterizar os agentes da lepra e tuberculose. Até hoje não foi possível cultivar o bacilo de Hansen em meios artificiais, o que explica, em parte, as controvérsias sobre o modo de transmissão da doença.
(Ver Bactéria; Lepra).

Fontes: Benchimol & Sá, 2003; Bier, 1957; Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Neisser, Albert Ludwig Siegmund: dermatologista alemão nascido em Schwidnitz, Prússia (hoje Swidnica, Polônia), em 22 de janeiro de 1855. Diplomado em Breslau (1877), Neisser é conhecido, sobretudo, por seus estudos bacteriológicos, que lhe renderam a descoberta do agente etiológico da gonorréia (*Neisseria gonohoeae*), em 1879. Entre suas realizações profissionais, se destacam, ainda, a descrição do microrganismo da lepra (1879-1880), motivo de disputas com o médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, e a tentativa de descobrir o agente etiológico da sífilis e a sua possível transmissão aos homens pelos animais. Trabalhou com August Paul von Wassermann (1866-1925) e Carl Bruck (1879-?) no desenvolvimento do teste de soro-reação para sífilis, posteriormente conhecido como reação de Wassermann. Em saúde pública, foi ativo defensor de melhorias nas medidas profiláticas e de mais educação pública sobre doenças venéreas. Lente de dermatologia na Universidade de Leipzig, em 1880, foi nomeado livre-docente dessa mesma instituição no ano seguinte. Em 1882, assumiu o cargo de *ausserordentlicher Professor* (professor auxiliar) de doenças de pele e venéreas na Faculdade de Medicina de Breslau, onde se tornou o chefe do departamento de dermatologia. Dez anos depois, inaugurou naquela cidade uma clínica que ficou internacionalmente conhecida como centro de pesquisas sobre doenças de pele. Faleceu em julho de 1916, em Breslau, Prússia (hoje Wroclaw, Polônia).

Fontes: Larousse, 1971; www.227.

Neoplasma: tecido anormal que cresce mediante proliferação celular, mais rapidamente que o normal, mesmo depois de haver cessado o estímulo que deu início a esse processo. Os neoplasmas são massas distintas de tecido que apresentam carência parcial ou completa de organização estrutural e coordenação funcional com o tecido normal. O termo “tumor”, que

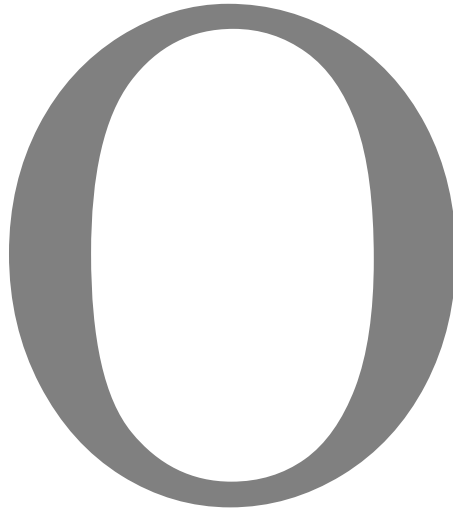
literalmente significa "inflamação", é utilizado com freqüência como sinônimo de neoplasma. Pode ser benigno ou maligno, e é observado em todos os tecidos: há neoplasmas fibrosos, linfáticos, vasculares, cartilaginosos, ósseos, musculares, nervosos e epiteliais. A probabilidade da sua ocorrência aumenta com a idade, e é maior nas mulheres do que nos homens; o útero, o estômago e o seio são os mais afetados.

Fontes: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Nitrato de prata [$AgNO_3$]: na medicina, foi usado em forma de pílulas no tratamento da epilepsia, da coréia, do tabes e da disenteria. Em soluções mais ou menos diluídas, era aplicado externamente em casos de blenorragia, de conjuntivite simples, granulosa e purulenta e, ainda, como cáustico e antisséptico. Internamente, era utilizado em casos de angina do peito, hemiplegia, diabetes, afecções do tubo digestivo (gastrite, dispepsia, gastralgia, cólera), inclusive no expurgo de vermes.

Fontes: Cardenal, 1960; Paulier, 1882.

Nostocácea: família de algas cianofíceas caracterizada por células mais ou menos esféricas, reunidas em filamentos não ramificados; quando maduros, estes produzem heterocistos, terminais ou intercalares, e acinetos. Muitas espécies produzem mucilagem, formando massas gelatinosas sobre o solo úmido ou sobre a água. Antigamente, o termo possuía acepção muito mais ampla e chegou a ser identificado com a ordem das hormogôneas, na qual atualmente se insere.

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Joly, 1977; Quer, 1965; www.173.

***Oïdium* ou oídios**: nome obsoleto de fungos com características de oidiomicetos, cuja separação das hifas tem como conseqüência a formação de artrosporos retangulares (um tipo de talosporo). Atualmente conhecido pelo gênero Candida.
(Ver Hifa; *Oïdium albicans).*

Fontes: Fortes, 1958?; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979.

Oïdium albicans: nome obsoleto da *Candida albicans* ou *Monilia albicans*. A cândida é um gênero muito extenso de fungos com forma de lêvedo, freqüentemente encontrados na natureza. Em geral é um fungo saprófito, mas pode se tornar patogênico, causando uma infecção chamada candidíase ou monilíase, que ocorre em virtude da alteração no equilíbrio da flora bacteriana do organismo ou após a ingestão de certos antibióticos. Ataca principalmente a região da boca, a orofaringe, a vagina e o trato gastrintestinal.

Fontes: Fortes, 1958?; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979.

Oïdium lactis: nome obsoleto de um gênero de fungos muito usados na fermentação de leite para o preparo de diferentes tipos de queijo. Caracterizado por nódoas esbranquiçadas que exalam odor típico de mofo. Atualmente conhecida como *Geotrichum candidum*, esta espécie pode causar lesões nas vias alimentar e pulmonar do homem.

Fontes: Dorland, 1947; Fortes, 1958?; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979; www.50; www.120.

Ophüls, William: nascido em 1871, foi professor de patologia e decano da Stanford University School of Medicine de 1916 até sua morte, em 27 de abril de 1933.

Fontes: www.90.

Orthopnea: dificuldade respiratória que obriga o doente a permanecer de pé ou sentado para respirar. Geralmente, está ligada a doenças pulmonares que ocasionam pneumotórax valvular e congestão pleuropulmonar, mas pode decorrer, também, de problemas cardíacos, tais como a pericardite.

Fontes: Cardenal, 1960; Paulier, 1882.

Pápula: pequena elevação sólida que se forma na pele, sem pus nem serosidade, secando pouco tempo depois. Geralmente cor de rosa, a pápula é constituída por uma infiltração da camada superficial ou papilar da derme; desaparece por descamação, sem deixar cicatriz.

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Pelagra: termo cujo sentido original era "pele áspera"; designa doença conhecida também como eritema endêmico; lepra das Astúrias, italiana ou da Lombardia; elefantíase itálica; coceira de Santo Inácio; maidismo; mal da rosa, e ainda psiconeurose maídica. Enfermidade caracterizada pelo surgimento de placas eritematosas pruriginosas na face, no pescoço e nas mãos, placas recobertas por bolhas que secam e descamam. As manifestações cutâneas estão associadas a distúrbios digestivos (língua vermelha, estomatite aftosa, sinais de gastrite, diarréia, constipação) e distúrbios mentais que podem evoluir até a demência. Outrora comum, atualmente é mais rara, ocorrendo sobretudo em populações pobres. Sabe-se hoje que a pelagra é provocada pela carência de niacina e vitamina PP na dieta alimentar. Tais substâncias são encontradas na carne fresca, no fermento e em muitos outros alimentos protéicos. Os indivíduos que se alimentam principalmente de milho e seus derivados têm carência de niacina e triptofano, ficando, assim, propensos a sofrer de pelagra. Conhecida desde a Antiguidade, a doença foi descrita pela primeira vez em 1735 por Gasper Cajal, mas somente em 1912 Casimir Funk relacionou a pelagra – bem como o beribéri e o escorbuto – à deficiência alimentar. Segundo D'Elia (1926), no início do século XX, disputaram a primazia pelo menos duas teorias sobre a etiologia da pelagra: a que atribuía a doença ao uso excessivo de milho na alimentação e a que considerava a ação de um parasita ainda desconhecido. A influência nociva do milho continuava a ser admitida por muitos autores na década de 1920; as habitações

insalubres, o trabalho excessivo e a hereditariedade também eram considerados fatores predisponentes à doença. Em 1920, o médico norte-americano Joseph Goldberger (1874-1929) demonstrou que a pelagra era de origem nutricional, e não uma infecção ou doença parasitária. Em viagem ao sul dos Estados Unidos, em 1914, Goldberger observou internos em asilos, hospitais e orfanatos a fim de verificar como adquiriam a doença. Verificou que a ausência de triptofano no regime nutricional dos pacientes causava a doença e sugeriu a ingestão de leite e ovos como medida de prevenção. Em 1926, Goldberger descobriu o fator anti-pelagra em muitos outros alimentos. Estudos posteriores mostraram que o milho é pobre em triptofano, piridoxina e riboflavina, o que explica por que a pelagra dizimava populações cuja alimentação se baseava nesse grão. Seguindo o modelo definido por Goldberger, atualmente trata-se a doença incluindo-se alimentos protéicos na dieta do paciente, e evitando-se farináceos, principalmente derivados do milho.

Fontes: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.43; www.44.

Pênfigo: designação comum a um grupo de dermatoses potencialmente mortais, de causa desconhecida, caracterizadas pelo aparecimento de erupções bolhosas sobre a pele, e que, quando absorvidas, deixam manchas pigmentares fragmentadas. Lesões cutâneas em forma de bolhas foram descritas desde a Antiguidade, mas o termo pênfigo foi empregado somente em 1760, pelo médico e botâncio francês Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767). A doença descrita por De Sauvages era provavelmente um caso de eritema multiforme, visto que acompanhado de febre alta contínua e com duração de aproximadamente duas semanas.
A conceituação dada por ele era a de uma erupção bolhosa de curta duração. A definição de De Sauvages foi amplamente aceita nos círculos médicos de seu tempo, até que, em 1791, Johann Ernst Wichmann (1740-1802) deu para o pênfigo seu significado presente, qual seja, o de uma doença bolhosa crônica. Para as erupções de curta duração ele sugeriu o nome *febris bullosa*. Wichmann foi o primeiro a descrever um caso de pênfigo vulgar comprovadamente diagnosticado. Nos anos seguintes, o conceito sofreu várias alterações, muitas vezes quase não se diferenciando dos formulados para outras lesões vesiculares. Em 1860, Ferdinand von Hebra (1816-1880) negou a possibilidade de o pênfigo manifestar-se sob a forma aguda e restabeleceu a definição de Wichmann, que prevalece até a época atual. No grupo pênfigo incluem-se diferentes manifestações clínicas, com destaque para as formas vulgar, foliácea e vegetante.
(Ver Pênfigo foliáceo).

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.184; www.185; www.186; www.187; www.188.

Pênfigo foliáceo: forma peculiar de pênfigo caracterizada por erupção cutânea vesicular acompanhada de descamação e com pustulação não perceptível. As lesões epidérmicas superficiais crostosas normalmente aparecem no local das bolhas rompidas. O pênfigo foliáceo foi descrito por Pierre Louis Alphée Cazenave (1795-1877) em 1844, sendo

por isso também chamado doença de Cazenave. Antes dele, foram descritos dois casos que provavelmente eram a mesma enfermidade, o primeiro deles por de la Motte em 1772.
(Ver Pênfigo).

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.187; www.188.

Peptona: substância solúvel em água, derivada de proteínas animais e vegetais (carne, leite, soja etc.), obtidas durante o processo digestivo gástrico e pancreático. É muito utilizada no cultivo de bactérias.

Fontes: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.105; www.128.

Periadenite: inflamação de tecidos próximos a uma glândula, observada, sobretudo, como complicação da adenite (inflamação dos gânglios linfáticos ou de uma glândula).
(Ver Adenite).

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Pitiríase: designação genérica de dermatoses caracterizadas por eritema e descamação fina. No começo do século XIX, Robert Willan e outros fundadores da dermatologia empregavam o termo para designar um grupo heterogêneo de doenças de pele cujo denominador comum era a ocorrência de escamas esfareladas. Com o tempo, formas leves de dermatite passaram a ser designadas como pitiríase rósea ou de Gibert; ou ainda rubra pilar; Alba; liquenóide; pitiríase versicolor, posteriormente chamada de tinea versicolor; pitiríase nigra, nome dado por Hebra à pediculose crônica. Em D'Elia (1926), pitiríase é definida como dermatose produzida, em diversas partes do corpo, por parasitas da família dos pediculídeos, insetos anopluros entre os quais se inclui o piolho-do-homem.
(Ver Pitiríase circinada marginada; Pitiríase vesicular).

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Murray, 1910.

Pitiríase circinada marginada: também conhecida como pitiríase rósea, pitiríase maculosa, pitiríase maculada ou pitiríase rósea de Gibert. A literatura dos dois séculos anteriores registrou relatos de desordens aparentemente idênticas àquela que o dermatologista francês Camille-Melchior Gibert (1797-1866) descreveu como *pityriasis rosea* em seu *Traité Pratique des Maladies de la Peau et de la Syphilis*, de 1860. Outros nomes foram dados à doença por Pierre-François-Olive Rayer (1793-1867): *erythema annulatum*; Ferdinand Ritter von Hebra (1816-1880): *herpes tonsurans maculous et squamous*; Erasmus Wilson (1809-1884): *lichen annulatus serpiginosus*; Horand: pitiríase circinada; Alfred Hardy (1811-1893): pitiríase disseminada; Jean Baptiste Emile Vidal (1825-1893): pitiríase circinada e marginada; Pierre-Antoine-Ernest Bazin (1807-1878): pitiríase rubra e aguda disseminada; Ernest Henri Besnier (1831-1909): pseudoexantema eritodescamativo; Robert Willan (1757-1812): *roseola annulata*; Behrend: *roseola furfuracea herpetiformis*; Nicolas e Chapard: *roseola squamosa*. A doença é caracterizada por pápulas e placas escamosas, ovais ou redondas, de coloração róseo-bronzeada ou salmão, que surgem com rapidez no tronco, no pescoço, nos braços e nas pernas, raramente no rosto. Vários aspectos dessa afecção papuloescamosa autolimitada são únicos: primeiro, a erupção generalizada com freqüência é precedida, em alguns dias ou uma

semana, por uma única lesão maior, chamada "mancha precursora", "placa mãe" ou "placa mestra", a qual muitas vezes é erroneamente diagnosticada como dermatofitose. A placa mestra, presente em 50% a 90% dos casos, pode surgir em qualquer lugar, mas em geral ocorre no pescoço ou na parte inferior do tronco, atingindo diâmetro de alguns centímetros. Segunda característica singular: as lesões ovais possuem escamas brancas, incomumente finas, formando um colarete próximo ao bordo das placas. Em terceiro lugar, as lesões seguem as linhas de clivagem da pele, em padrão comparável a uma árvore de Natal. A afecção involui de modo espontâneo em um a dois meses. O prurido pode ser um sintoma marcante. Por vezes, a pitiríase rósea é precedida por leve infecção das vias aéreas superiores, e sua maior incidência é nos meses de inverno, o que sugere uma etiologia viral. Contudo, a doença não ocorre de forma endêmica e não é transmitida de modo interpessoal. A maioria dos casos acomete crianças e adultos jovens entre 10 e 35 anos. As recorrências são raras. O tratamento da pitiríase rósea é, em geral, desnecessário, embora os corticosteróides tópicos e os anti-histamínicos possam aliviar o prurido e diminuir o eritema. A luz ultravioleta comumente faz regredir a erupção. Cardenal (1947) apontava como causa da doença um fungo do gênero *Microsporum*; foram incriminados também o *Staphylococcus albus* e espiroquetas, ao passo que outros autores sugeriam uma possível causa viral, hipótese ainda em estudo (Freedberg, 1999). Até hoje, não foi isolado o agente etiológico da doença, considerando-se a pitiríase rósea como afecção cutânea de origem desconhecida.
(Ver Pitiríase; Pitiríase vesicular).

Fontes: Anais de Dermatologia, 1998; Cardenal, 1947; Fitzpatrick, 1971; Freedberg, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Wyngaarden, 1992.

Pitiríase vesicular: também conhecida como pitiríase versicolor, tinha versicolor, pano, pano branco, tínea versicolor, tinha furfurácea, cromofitose ou, ainda, doença de Eichstedt, por referência ao médico alemão Karl Ferdinand Eichstedt (1816-1882). Trata-se de uma infecção fúngica superficial comum causada por fungo saprófita, o *Pityrosporon orbiculare*, também chamado de *Microsporum furfur* ou *Malassezia furfur*, que vive normalmente na pele de indivíduos geneticamente predispostos, geralmente jovens. A doença é identificada por lesões ovais escamosas, de coloração vermelha a castanha ou branca, localizadas no pescoço, no tronco, nos braços e na região cervical. Pode subir para a face ou alastrar-se pelos antebraços, abdome, flancos, nádegas e coxas, confluindo em lesões maiores de bordas irregulares, às vezes muito extensas. Como sugere o próprio nome "versicolor", as lesões variam de cor. Durante os meses de verão, quando a pele fica exposta à luz ultravioleta, as lesões mostram-se hipopigmentadas, já que a infecção impede a pele afetada de formar pigmento. O exame da lesão com KOH revela formas leveduriformes em brotamento e hifas claviformes. Segundo D'Elia (1926), o tratamento consistia em banhos sulfurosos, fricções com sabão negro, aplicação de loções com cloral, de licor de van Swieten e tinturas de iodo. Atualmente o tratamento é realizado com cremes, pomadas ou loções de econazol, miconazol, clotrimazol e ciclopirox, aplicadas duas ou três vezes ao dia por três ou quatro semanas (Wyngaarden, 1992). Outra alternativa consiste no

ensaboamento diário, por três a quatro semanas, de hipossulfito de sódio a 10-20%, que é deixado a secar sobre a pele; ou de sulfureto de selênio a 2,5% (base de xampu comercial), diariamente, ou duas a três vezes por semana, agindo durante 15 a 20 minutos. O álcool salicilato (4%) com ácido benzóico (4%) também é útil. O tolnaftato em loção ou creme é um tópico ativo. A hipocromia tende a desaparecer mais rapidamente com a exposição à luz solar depois do tratamento, podendo-se acelerar a repigmentação mediante fotossensibilizantes locais.
(Ver Pitiríase; Pitiríase circinada marginada).

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Pleurisia: o mesmo que pleuris ou pleurite. Inflamação aguda ou crônica da pleura, geralmente de origem bacteriana. Surge na maioria dos casos como conseqüência de pneumonia, tuberculose ou outras doenças infecciosas. Na pleurisia, as duas superfícies da pleura tornam-se secas e ásperas, e entram em atrito. A chamada *pleurisia seca* provoca dor intensa, que piora com a tosse e com uma respiração mais profunda. Na pleurisia com derrame, o pulmão é comprimido pelo acúmulo de líquido que escorre dos vasos sanguíneos para a cavidade pleural. Normalmente é acompanhada de calafrios, febre, tosse e dispnéia.

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Pneumonia: inflamação aguda ou crônica dos pulmões, potencialmente fatal e contagiosa, causada por bactérias, vírus ou fungos, podendo também ser de natureza alérgica ou devida a irritação por substância química. Seus sintomas característicos incluem calafrios, dor no peito, tosse, catarro, febre alta e dificuldades para respirar. Ataca com mais freqüência pacientes idosos e crianças com menos de cinco anos. A doença pode surgir repentinamente, em seguida a outras enfermidades ou após uma intervenção cirúrgica. Os diversos tipos de pneumonia são definidos em função de sua localização e da extensão da lesão no tecido pulmonar. Do ponto de vista anatômico, podem ser classificados como lobar, segmentar, lobular e intersticial. Quando atinge os dois pulmões, a pneumonia lobular é freqüentemente chamada de broncopneumonia. A etiologia bacteriana da pneumonia foi sustentada por Edwin Klebs (1834-1913) em 1875. Seis anos depois, Louis Pasteur (1822-1895) identificou a bactéria *pneumococcu*s na saliva de um paciente com raiva. A associação do pneumococo, ou *diplococcus pneumoniae*, com a pneumonia lobar foi estabelecida por Talamon em 1883. Albert Fraenkel (1848-1916) e Anton Weichseelbaum (1845-1920)**,** em 1886, confirmaram e ampliaram as investigações de Talamon, observando o comportamento do pneumococo em meios de cultura e sua ação patogênica sobre o coelho. Durante muito tempo, perdurou a idéia de que a pneumonia era uma doença tipicamente bacteriana, com evolução e quadro clínico bem estabelecido. No entanto, estudos realizados a partir da década de 1930 revelaram a existência de casos singulares, cuja evolução e comportamento clínico diferiam do padrão estabelecido. Além disso, esses casos não demonstravam a presença de bactérias. Em 1944, Monroe D. Eaton isolou um agente filtrável capaz de produzir a pneumonia em ratos e

hamsters. A princípio, acreditou-se que era um vírus, batizado como pleuropulmonary-like organism – PPLO. Mais tarde, Chanock o classificou como um agente intermediário entre vírus e bactéria, pertencente ao gênero Mycoplasma, espécie *pneumoniae*. (Ver Pneumonia cruposa).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; www.189.

Pneumonia cruposa: doença infecciosa aguda provocada por pneumococos. Caracteriza-se por febre, dor ao inspirar, tosse e escarro ferruginoso ou sanguinolento. Em geral, perdura por nove dias, terminando em crise com transpiração abundante. Afeta um ou mais lobos pulmonares, sendo por isso também chamada de pneumonia lobar. O mesmo que pneumonia crupal, pneumonia aguda; pneumonia pneumocócica; pneumonia pleural; pneumonia pleurítica e pneumonia fibrinosa. (Ver Pneumonia).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Pneumonia simples: pneumonia que afeta apenas um dos pulmões. (Ver Pneumonia).

Fontes: D'Elia, 1926.

Pneumotifo: febre tifóide que se inicia com uma pneumonia, e que evolui por conta própria quando a pneumonia está para terminar. (Ver Pneumonia).

Fontes: D'Elia, 1926.

Pó de Goa: Ver Crisarobina.

Pomada de Unna: pasta de óxido de zinco, mucilagem de goma e glicerina criada pelo dermatologista alemão Paul Gerson Unna (1850-1929). Era usada no tratamento de úlceras varicosas, sendo a perna coberta por ataduras em espiral impregnadas de pomada, curativo este que ficou conhecido como "bota de Unna". Ainda hoje é utilizada no controle da hipertensão dos membros inferiores, para auxiliar a cicatrização das úlceras venosas. Algumas fontes definem a bota de Unna como bandagem impregnada com pasta de óxido de zinco a 10%, glicerina, petrolato e agentes antissépticos e estimulantes da cicatrização. (Ver Unna, Paul Gerson).

Fonte: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; www.51.

Posadas, Alejandro: parasitologista nascido em Buenos Aires, Argentina, em 22 de dezembro de 1870. Desde muito jovem, sofreu de doenças pulmonares e reumáticas, o que o obrigou a interromper os estudos colegiais por três vezes. Ingressou em 1888 na Faculdade de Medicina, onde estudou com o patologista Robert Johan Wernike (1854-1922). No Hospital Universitário, em 1891, teve a oportunidade de examinar um soldado, Domingo Ezcurra, com lesões nodulares cutâneas recorrentes diagnosticadas como micose fungóide. Em material extraído dos neoplasmas, Posadas observou a presença de organismos esféricos, de parede espessa, que continham pequenas formações arredondadas. Por causa dessas características, identificou o microrganismo a um esporozoário, conclusão a que chegou também Wernike. Posadas publicou sua descoberta, "Un nuevo caso de micosis fungoidea com psorospermia", no periódico *Circulo Médico Argentino* (1892, v.15, p.585-97). O termo psorospermia era uma referência aos organismos conhecidos à época como

coccídios. Também em 1892, Wernike publicou na Alemanha "Ueber einen Protozoenbefund bei mycosis fungoides", no *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* (1892, v.12, p.859-61). Posadas conseguiu reproduzir a enfermidade em animais de laboratório, comprovando, assim, a presença do parasito. Não chegou, entretanto, a cultivá-lo. A correta caracterização do microrganismo, *Coccidiodes immitis*, incluído no grupo dos fungos ascomicetos, seria estabelecida por Ophüls e Moffit em 1900. Diplomado em 1894 com honra e distinção, nesse mesmo ano Posadas apresentou sua tese de doutoramento *Psorospermiosis infectante generalizada*, depois chamada doença de Posadas ou coccidioidomicose. Ele acompanhou a evolução da doença no soldado argentino até o falecimento deste em 1897, revelando a necropsia extensas lesões viscerais. Tendo viajado para a Europa em busca de alívio para sua doença pulmonar, Posadas faleceu em Paris a 21 de novembro de 1902, com apenas 32 anos de idade. Durante os oito anos de sua vida profissional alcançou outros êxitos como docente, clínico e pesquisador. Realizou a primeira filmagem de uma operação cirúrgica no Hospital de Clínicas de Buenos Aires e, juntamente com Wernike, foi o primeiro a relatar um caso de *rhinosporidiosis*.
(Ver Coccidioidomicose; Coccídios; Psorospermose; Wernicke, Robert Johan).

Fontes: www.39; www.40; www.205; www.206; www.207.

Potassa cáustica (KOH): o mesmo que hidróxido de potássio; sólido branco, solúvel em água e que funde a 360ºC. Base forte, muito cáustica, corrói os tecidos orgânicos. Preparada por eletrólise do cloreto de potássio dissolvido, é empregada para absorver gás carbônico na fabricação do sabão mole e na remoção de tintas das pinturas e, ainda, como reagente analítico. Fazia parte da composição do pó de Viena, sendo empregado externamente para a cauterização de cancros e cistos.

Fontes: Cardenal, 1954; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Pseudotuberculose: conjunto de doenças de roedores, aves, ovinos e outros animais de sangue quente, clínica e anatomicamente semelhantes à tuberculose. São caracterizadas por formação de granulomas parecidos com nódulos tuberculares, devidos a um bacilo cocóide, no caso de cobaias, ou a um bacilo difteróide, em camundongos e carneiros. No homem, a pseudotuberculose ocorre raramente, sempre como resultado de infecção por *Pasteurella pseudotuberculosis*.
(Ver Tuberculose).

Fontes: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Psoríase: dermatose crônica, recorrente e não contagiosa, caracterizada pela erupção de placas avermelhadas cobertas de escamas brancas ou prateadas. As lesões apresentam tamanhos variados e bem delimitados, configurando desde formas localizadas e discretas, até formas graves que podem cobrir toda a superfície do corpo. Ocorrem sobretudo nos cotovelos, joelhos, no couro cabeludo e no tronco. Afecção tipicamente humana, atinge igualmente homens e mulheres em qualquer idade. Manifesta-se clinicamente em diferentes tipos, definidos em função da localização e das características das lesões, destacando-se as formas vulgar, palmo-plantar, artropática e

eritrodérmica. A psoríase vulgar é a mais conhecida, sendo responsável por cerca de 90% dos casos. Forma típica da doença, raramente é pruriginosa e pode atingir também as unhas. Na modalidade palmo-plantar, as lesões localizam-se nas solas dos pés e nas palmas das mãos. A pele torna-se grossa, seca e freqüentemente apresenta rachaduras. A psoríase artropática surge repentinamente, ocasionando dor nas pontas dos dedos das mãos e dos pés ou nas grandes articulações. Em alguns casos, pode comprometer as articulações. A forma eritrodérmica apresenta lesões generalizadas por quase todo o corpo. Confundida durante muito tempo com a lepra, a psoríase foi descrita pela primeira vez por Robert Willan (1757-1812) em *On cutaneous diseases* (1808). A causa da doença ainda é desconhecida, mas admite-se que esteja relacionada à predisposição genética e a fatores como traumas cutâneos (fenômeno de Koebner), infecções, uso de medicamentos e estresse emocional. Embora nenhum tratamento leve à cura permanente, há desaparecimento ou sensível regressão das lesões quando tratadas. A terapêutica depende do quadro clínico apresentado. Em casos leves, recomenda-se hidratação da pele e exposição ao sol, combinados com o uso tópico de cremes e pomadas à base de cortisona, vitamina D, coltar e antralina. Nos casos graves são prescritas medicações sistêmicas ou de uso oral. Mais recentemente, tem sido utilizada a laserterapia. A psoríase também é conhecida como *psora* ou *alfos* – palavras de origem grega que significam, respectivamente, "sarna" e "branco".
(Ver Lepra).

Fontes: D'Elia, 1926; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Wyngaarden, 1992; www.212; www.213; www.214; www.215; www.216.

Psorospérmios: segundo Murray (1910), eram organismos unicelulares pertencentes aos protozoários da ordem dos Myxosporidia com as seguintes propriedades: multiplicam-se por fissão e cada um dos organismos assim gerados é rodeado por uma camada firme, formando um esporo que permanece envolvido numa cápsula ou cisto; cada esporo pode novamente se dividir em pequenos corpos que, por fim, desenvolvem-se em indivíduos maduros. Considerava-se que o ciclo completo de desenvolvimento desses organismos não se limitava ao homem – em que causaria a psorospermose –, envolvendo outros hospedeiros. Em dicionários mais atuais, psorospérmio é definido como parasita diminuto, em geral a forma jovem de Gregarinae, ordem de protozoários que parasita animais como minhocas, lagostas etc.
(Ver Psorospermose).

Fontes: Cardenal, 1960; Murray, 1910.

Psorospermose: estado mórbido devido a psorospérmios. Segundo Murray (1910), o termo era usado para nomear lesões humanas causadas por certas formas de protozoários (Sporozoa) e por Coccídio que afetava os dutos biliares de coelhos. Haviam sido descritos como psorospérmios os agentes da doença de Darier (*karatosis follicularis*), da doença de Paget (forma rara de câncer da mama), de certos carcinomas e do *molluscum contagiosum*, doenças com etiologias muito diferentes hoje. Segundo a mesma fonte, a infecção no homem podia atingir todas as vísceras em casos rasos, ou apenas o fígado, o trato urinário ou, ainda, a pele, manifestando-se, nesta, sob a forma de lesões nodulares ou vesiculares espalhadas. Quando a infecção era generalizada, a condição do paciente era comparada à triquinose. Os

sintomas incluíam dores nos membros, vômitos, dor de cabeça, delírio, sonolência e febre. A morte ocorria, geralmente, no período de quinze dias a um mês, passando o paciente por uma "condição tifóide". Não havia, então, nenhum tratamento para a infecção, e o diagnóstico só poderia ser feito com a descoberta dos cistos típicos e dos parasitas. A coccidioidomicose, doença causada por fungos da espécie *Coccidioides immitis*, também conhecida como doença de Posadas, foi originalmente descrita por esse médico argentino, em 1892, como "nuevo caso de micosis fungoidea con psorospermia", aludindo este último termo à semelhança entre as formas encontradas naquela micose e nos protozoários. Em Dorland (1947), ainda se encontra o verbete psorospermose, como estado mórbido relacionado à presença daqueles microrganismos mixosporídios. Em dicionários médicos mais recentes, essa condição não é mais descrita. A doença de Darier, doença hereditária e rara da pele, ainda tem como um de seus sinônimos psorospermosis folicular, mas sem nenhuma relação com a etiologia, ainda desconhecida (os estudos microscópicos sugerem um defeito da síntese, organização ou maturação do complexo que controla a queratinização anormal).
(Ver Psorospérmios).

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Quebracho: designação comum a diversas plantas nativas da América do Sul, de diferentes gêneros e famílias, cuja madeira, dura e resistente, apresenta alta concentração de tanino, substância utilizada no curtimento de couros. No Brasil, o termo designa diversas plantas dos gêneros *Schinopsis* e *Aspidosperma*. O nome quebracho, também utilizado como sinônimo de quebracho-vermelho, deriva do espanhol e significa *quebra-machado*, numa alusão à rigidez de sua madeira. (Ver Aspidosperma; Quebracho-colorado).

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.163.

Quebracho-colorado: o mesmo que quebracho-vermelho. Nome comum a árvores do gênero *Schinopsis*, família *Anacardiaceae*, cujas características principais são a casca rica em tanino e a madeira dura e avermelhada. A espécie *S. lorentzii*, encontrada no Brasil, Paraguai, Argentina e Uruguai, é uma árvore de até 20 metros de altura, de madeira castanho-avermelhada, folhas elípticas, panículas muito ramificadas e sâmaras lenhosas. (Ver Quebracho).

Fontes: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.163.

Quincke, Heinrich Irenaeus: clínico geral alemão nascido em Frankfurt an der Oder, no dia 26 de agosto de 1842. Mudou-se com a família para Berlim, onde seu pai fez brilhante carreira como médico. Heinrich Quincke estudou medicina em Würzburg, Heidelberg e Berlim com professores famosos como Albert von Kölliker (1817-1905), Hermann Helmholtz (1821-1894) e Rudolf Virchow (1821-1902). Nesta última cidade obteve seu doutorado em 1863, e, dois anos mais tarde, foi trabalhar em Viena com o fisiologista Ernst Wilhelm Ritter von Brücke (1819-1892). Quincke foi assistente de outros cientistas muito importantes e cedo ocupou a cátedra

de clínica geral em Berna (1870). Desde 1874, passou a se dedicar a intervenções cirúrgicas de pulmão. Quatro anos depois, assumiu a cadeira de clínica geral em Kiel, onde permaneceu por trinta anos até aposentar-se como professor emérito na disciplina. Transferiu-se, então, para Frankfurt am Main e continuou a ministrar aulas como professor honorário, falecendo aí em 19 de maio de 1922. Desempenhou papel muito importante na pesquisa sobre a tuberculose, inventando técnica de drenagem do abscesso pulmonar para permitir que os pacientes conseguissem expectorar. Também investigou mecanismos de controle da temperatura do corpo, desenvolvendo uma teoria acerca do núcleo central responsável pelo aquecimento de todo o organismo. Sua maior contribuição à medicina foi o uso pioneiro da punção na região lombar para o diagnóstico e tratamento de enfermidades pulmonares. Fez importantes observações sobre a dilatação da artéria hepática (1870). (Ver Edema de Quincke).

Fontes: Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.108; www.132; www.141.

Quinino ou "sal da quinina" [$C_{20}H_{24}N_2O_2$]: composto alcalóide em forma de pó branco, inodoro e de gosto amargo, extraído de arbustos do gênero *Cinchona*, utilizado como agente estomáquico e oxitócico, como analgésico, antipirético, aromatizante da água tônica, relaxante muscular, para combater a fibrilação atrial e no tratamento da malária. É muito eficiente nas formas de impaludismo causadas pelo *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* ou no *Plasmodium vivax*. O quinino é também empregado na malária cerebal, na malária produzida por cepas cloroquinorresistentes do *Plasmodium falciparum* e nas crises de malária terçã maligna. Cardenal (1960) apresenta fórmula um pouco diferente da maioria das fontes consultadas ($C_{20}H_{24}N_2O_2+3H_2O$), acrescentando que a substância é usada na forma de sais – bromidrato, cloridrato, fosfato, salicilato, sulfato etc. –, incitando o sistema nervoso e tornando o pulso mais lento, quando administrado em pequenas doses, ou provocando congestionamento cerebral, surdez e vertigem, se consumido em altas doses. Há referências de que a substância foi descoberta pelos jesuítas na passagem do século XVI para o XVII, durante a conquista do império inca pela coroa espanhola. Os indígenas peruanos usam a casca de sua árvore (*Cinchona*) para curar diversas manifestações febris. Em 1820, os químicos franceses Joseph-Bienaimé Caventou (1795-1877) e Pierre-Joseph Pelletier (1788-1842) conseguiram isolar seu princípio ativo, viabilizando a criação da enorme indústria de produção da quinina, que foi objeto de grandes disputas durante a Segunda Guerra Mundial. A resistência aos componentes da substância levou à adoção de outros fármacos como a cloroquina e a primacrina no tratamento da malária.

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.85.

Rinoscleroma: processo granulomatoso crônico que atinge o nariz (ponto de partida da infecção), o lábio superior, a boca e as vias aéreas superiores. Em geral, começa com o crescimento de nódulos lisos e duros, dolorosos à pressão, os quais se difundem para a faringe, laringe, traquéia e mesmo para os brônquios, podendo envolver o meato acústico externo. Surpreendentemente, o senso do olfato fica ileso. A cútis aparece pálida, anêmica ou roxa-escura, e rica de redes vasculares superficiais, privada de pelos e folículos. Acredita-se que o rinoscleroma deva-se a um bacilo específico, possivelmente uma linhagem de *Klebsiella rhinoscleromatis*, descrito pelo cirurgião vienense Anton von Frisch (1848-1917). Segundo D'Elia (1926), a terapia era cirúrgica e sintomática, e os resultados somente passageiros, uma vez que a afecção apresentava recidiva constantemente. Atualmente, a estreptomicina é utilizada com sucesso no tratamento da doença.

Fonte: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Rixford, Emmet: cirurgião nascido em Quebec, Canadá, em 1865, e falecido nos Estados Unidos em 1938. Graduou-se pelo Cooper Medical College, em São Francisco, em 1891. Tornou-se professor adjunto dessa instituição em 1893 e, cinco anos depois, foi promovido a professor titular. Em 1909, tornou-se professor de cirurgia na Stanford University. Rixford foi um dos primeiros médicos a observar um caso de coccidioidomicose. Em homenagem a esse fato, há um monte com seu nome na Serra Nevada.
(Ver Coccidioidomicose).

Fonte: www.52.

Saccardo, Píer Andréa: micologista italiano, nascido em Treviso (1845) e falecido em Pádua (1920). Doutorou-se em 1867 pela Universidade de Pádua, na qual se tornou professor de história natural dois anos depois. Em 1879, passou a lecionar botânica e assumiu a direção dos jardins botânicos da Universidade. Sua maior contribuição à micologia foi a publicação do atlas *Sylloge fungorum omnium husque cognitorum* (1882-1913), obra coletiva em 22 volumes que continha a descrição e o desenho de todos os cogumelos conhecidos até então.
Fontes: Larousse, 1971; www.209; www.210.

Saccharomyces: gênero de cogumelos ascomicetos ou leveduras pertencentes à família Sacchacaromycetaceae, cujo tipo é a levedura da cerveja. Leveduras similares são usadas na produção de outras bebidas alcóolicas e do pão (*Sacharomyces cerevisiae*). Os *Sacharomyces* possuem talo predominantemente unicelular, reproduzem-se assexuadamente por brotamento, por divisão transversa ou de ambas as maneiras, produzem ascósporos, mas são desprovidos de filamentos de micélio. Um dos membros desse grupo, o *S. neoformans*, nome antigo do *Cryptococcus neoformans*, foi isolado de suco fermentado de pêssego pelo microbiologista italiano Francesco Sanfelice, em 1894, verificando-se, pouco tempo depois, que era o agente da criptococose no homem. Certas fontes dão sacaromicose como sinônimo de blastomicose, uma vez que os fungos do gênero *Sacharomyces* figuram entre os agentes desse grupo de enfermidades.
(Ver Criptococcose; *Cryptococcus neoformans*; Fungo).
Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Saccharomyces albicans: fungo do gênero *Saccharomyces*, hoje denominado Candida albicans (Monilia albicans), parasita de animais, encontrado em várias localizações do

corpo humano, especialmente no trato gastrintestinal, na orofaringe e em outras regiões cutâneo-mucosas. Normalmente, as bactérias que residem no intestino impedem a proliferação do fungo. Entretanto, se o equilíbrio for perturbado por antibióticos ou doença, ele se desenvolve e produz a afecção denominada *mugget*, candidíase ou, ainda, monilíase, caracterizada por placas brancas que se espalham por dentro da boca e, às vezes, no ânus. (Ver *Oïdium albicans).*

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Salicilato de sódio: o salicilato é um éster ou sal proveniente do ácido salicílico (amônio, bismuto, mercúrio etc.), encontrado na aspirina ou outros fármacos para combater dor e febre, antiácidos, antidiarréicos e soluções para a retirada de calos e verrugas. Doses excessivas de salicilato de sódio, acima de 200 a 500 mg, podem provocar colapsos, convulsões, diminuição da capacidade respiratória e da pressão sangüínea, diversos distúrbios neurológicos, náuseas, sangramento gastrointestinal, sonolência, vômitos, zumbido nos ouvidos e outros sintomas. O tratamento deve incidir principalmente na atenuação ou eliminação do efeito ácido do salicilato no organismo.

Fontes: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; www.157.

Salol [$C_{13}H_{10}O_3$]: substância resultante da mistura de ácido salicílico com fenol, empregada como analgésico, anti-reumático e antipirético. Externamente, era usada como antisséptico de uso externo em feridas crônicas (na forma de pó aromatizado), e no tratamento da gonorréia, infecção bacteriana geralmente transmitida por relação sexual. Segundo D'Elia (1926), a expressão "prova do salol" designava o método de exame da função gástrica pela ingestão de um grama de salol e investigação da presença de ácido salicílico na urina: caso o estômago não se contraísse muito e o pâncreas funcionasse normalmente, aparecia tardiamente na urina a reação produzida pelo ácido salicílico que, em compensação, não reagia à má atividade pancreática. Também denominado éster salicílico do fenol e salicilato de fenil.

Fontes: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.134; www.135.

Sarna: Ver Escabiose.

Schenck, Benjamin R.: cirurgião norte-americano (1873-1920), nascido em Syracuse, Nova York. Graduou-se na Johns Hopkins Medical School, em 1898, e passou a se dedicar à prática ginecológica em Detroit a partir de 1903. Foi ginecologista do Harper Hospital e professor associado do Detroit College of Medicine and Surgery. Eleito secretário da Sociedade Médica do Estado em 1906, ocupou essa posição até 1919, quando problemas de saúde levaram-no a mudar-se para a Califórnia, onde faleceu vítima de tuberculose. A ele se deve a descoberta da doença de Schenck, forma linfangítica gomosa da esporotricose. (Ver Esporotricose).

Fontes: Stedman, 1979; www.12.

Schrön, Otto Carl Gottlieb von: médico alemão nascido em Hof, na Bavária, em 7 de setembro de 1837. Estudou medicina nas Universidades de Erlangen e Munique, e em 1864, após doutorar-se, foi convidado pelo

professor de Filippi, de Turim, a transferir-se para a Itália e lá executar os preparados e desenhos de anatomia que o haviam notabilizado. Um ano depois, tornou-se professor de anatomia patológica na Universidade de Nápoles, cidade onde viria a falecer em 13 de maio de 1917. Schrön tem seu nome associado a um bacilo acidorresistente encontrado na tuberculose (bacilo de Schrön), e a um pequeno grânulo, de origem duvidosa, observado na mancha germinativa do ovo (grânulo de Schrön).

Fontes: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; www.228; www.166; www.42.

Sífilis: doença infecciosa de caráter crônico e sistêmico, em geral transmitida por contato sexual e, raramente, por contaminação feto-placentária (sífilis congênita). É causada pelo *Treponema pallidum*, espiroqueta que ataca exclusivamente o homem. Durante muito tempo, foi confundida com a gonorréria e com outras treponematoses. Em 1838, foi individualizada pelo dermatologista francês Phillipe Ricord (1800-1899), que caracterizou a evolução clínica da doença em três períodos distintos: primário, secundário e terciário. Na fase primária, após incubação de duas a três semanas, surge um ferimento superficial que, em poucos dias, evolui para uma ulceração resistente e quase indolor chamada cancro duro, protossifiloma ou cancro primário. A lesão é bem delimitada, de superfície lisa e uniforme. Ocorre geralmente na região genital, é muito contagiosa e quase sempre vem acompanhada de inflamação dos gânglios linfáticos. Regride de modo espontâneo em três a cinco semanas, antes ou após o início da segunda fase da doença. No período secundário, ocorre a disseminação da enfermidade através da corrente sanguínea, ocasionando o surgimento de lesões nas mucosas e de erupções cutâneo-maculosas (roséolas sifilíticas) que podem se estender por quase todo o corpo. As lesões aparecem cerca de dois meses após a infecção. Podem vir acompanhadas de febre alta, anemia, adenopatia generalizada e dores nas articulações. Também regridem espontaneamente com o aumento da imunidade. A chamada sífilis terciária corresponde ao terceiro e último estágio da doença. Caracteriza-se por lesões tegumentares iniciadas com o aparecimento de nodosidades moles (gomas sifilíticas) disseminadas por todo o corpo que evoluem para a ulceração, causando danos às vísceras e ao aparelho cardiovascular. Em alguns casos, é comprometido o sistema nervoso central, com a ocorrência de tabes dorsal, paralisia progressiva dos membros ou meningite sifilítica. Mais raramente, há a ocorrência de lesões extrategumentares, que incluem diversas afecções dos olhos e dos ossos. A sífilis terciária manifesta-se entre o terceiro e o quinto ano após a infecção em casos não tratados. Nessa fase, as possibilidades de transmissão são bastante reduzidas. A origem geográfica da sífilis ainda é bastante controversa. Alguns historiadores consideram que foi introduzida na Europa por marinheiros espanhóis que haviam regressado do continente americano em 1493. Outros, ao contrário, sustentam que a enfermidade teria se originado no próprio continente europeu, mas que durante muito tempo permanecera confundida com a lepra. De qualquer forma, pode-se dizer que a existência da sífilis na Europa só foi reconhecida amplamente após a epidemia que atingiu o continente em fins do século XV. As incertezas sobre a procedência da sífilis manifestaram-se até mesmo nas diversas denominações com que a doença ficou conhecida: mal-americano,

mal-canadense, mal-gálico, mal-português, mal-céltico, mal-napolitano, mal-francês, mal-germânico e mal-escocês, entre outras. A palavra "sífilis" foi utilizada pela primeira vez pelo médico e poeta italiano Gerolamo Fracastoro (1478-1553), no poema *Syphilis sive Morbus Gallicus*, que narra a história de um pastor, *Syphilus*, castigado por terrível mal imposto pelos deuses. Em 1903, Ilia Ilitch Metchnikov (1845-1916) e Emile Roux (1853-1933) conseguiram reproduzir experimentalmente a sífilis em macacos antropóides. O *Treponema pallidum* foi descoberto pelos cientistas Fritz Richard Schaudinn (1871-1906) e Erich Hoffmann (1868-1959) em 1905. No ano seguinte, o bacteriologista alemão August von Wasserman (1860-1925), em colaboração com Albert Neisser (1855-1916) e Carl Bruck (1879-1944), desenvolveu o primeiro método de diagnóstico da enfermidade. O mercúrio, associado ou não a banhos quentes, foi, juntamente com o iodo, um dos primeiros tratamentos utilizados contra a doença. Posteriormente, a terapêutica experimentou grande evolução com a descoberta do composto arsenical 606 (salvarsan) por Paul Erlich (1854-1915), em 1911. Em 1921, os derivados de bismuto foram introduzidos por Constantin Levaditi (1874-1953) e R. Sazerac. O tratamento com antibióticos foi iniciado em 1943. Com a difusão da penicilina, a incidência da sífilis reduziu-se drasticamente, a ponto de ser considerada, hoje, uma doença de fácil controle. Apesar disso, verificou-se nas últimas décadas surpreendente crescimento da enfermidade, sobretudo entre os adolescentes, fenômeno talvez provocado pelo uso inadequado de medicamentos e pelo surgimento de microrganismos resistentes à penicilina. Outro aspecto a ser considerado é a presença da sífilis em pacientes portadores da Aids, casos em que os quadros clínicos evoluem mais rapidamente e em que os tratamentos são menos eficazes. A sífilis é também conhecida como lues, lues venérea, mal venéreo e avariose.
(Ver Cancro-duro).

Fontes: Bier, 1957; Carrara, 1997; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; www.47; www.217; www.218; www.219; www.220; www.221; www.222.

Solução de Fowler: Ver Licor de Fowler.

Sommer, Baldomero: médico argentino, nascido em Buenos Aires a 21 de março de 1857, e falecido na mesma cidade, em 18 de abril de 1918. Filho de mãe alemã e pai dinamarquês (famoso fabricante de chapéus naquela cidade), Sommer doutourou-se em 1874 e efetuou grandes esforços em prol do conhecimento, da prevenção e cura do mal de Hansen, tanto que leva seu nome um dos mais importantes hospitais argentinos dedicados ao tratamento da doença, o Hospital Baldomero Sommer, assim batizado por decreto de 11 de julho de 1947. O médico argentino foi secretário da primeira Conferência Internacional de Lepra, realizada em Berlim, Alemanha, em 1897. Participou do Congresso Científico Latino-Americano realizado em Montevidéu, no ano seguinte, encarregando-se de redigir as deliberações concernentes à lepra. Foi, ainda, presidente honorário e promotor da primeira Conferência Nacional sobre a Lepra, em Buenos Aires, em 1906. Três anos depois, participou como delegado do governo argentino da segunda Conferência Internacional de Lepra, celebrada em Bergen. Sommer é considerado um dos principais criadores da "escola dermatológica,

leprológica e sifilográfica argentina": por volta de 1892, implantou e passou a reger essa cátedra na Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires. Fundou em 1907 a Sociedad Argentina de Dermatologia, primeira instituição do gênero na América Latina. Participaria como sócio estrangeiro ou correspondente das sociedades dermatológicas de Paris, Berlim, Roma e Rio de Janeiro. Sommer foi, também, chefe de serviço de enfermidades da pele do Hospital de Niños, fundado em Buenos Aires, em 30 de abril de 1875. Em 1892, ocupou o mesmo cargo no Hospital San Roque, atual Ramos Mejía. Presidiu a Sociedade Médica Argentina em 1897, e em 1912 ingressou na Academia Nacional de Medicina, da qual tornou-se secretário-geral em 1918. A saúde pública foi outra área em que se destacou. Foi Diretor de Assistência Pública de Buenos Aires e vocal do Departamento Nacional de Higiene. Em meados de 1910, como conselheiro da municipalidade, Baldomero Sommer apresentou projeto de postura concernente à pasteurização e ao tratamento obrigatório do leite destinado ao consumo dos habitantes da capital, projeto transformado em lei em dezembro de 1907. Esteve envolvido, também, na campanha contra os mosquitos iniciada em 1913. (Ver Lepra).

Fontes: www.13; www.9; www.8; www.266.

Spina ou espinha ventosa: lesão óssea, eventualmente observada na tuberculose ou no câncer de osso, na qual o osso afetado se dilata em maior ou menor grau, como se fosse insuflado por gás.

Fontes: D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1961; Stedman, 1979.

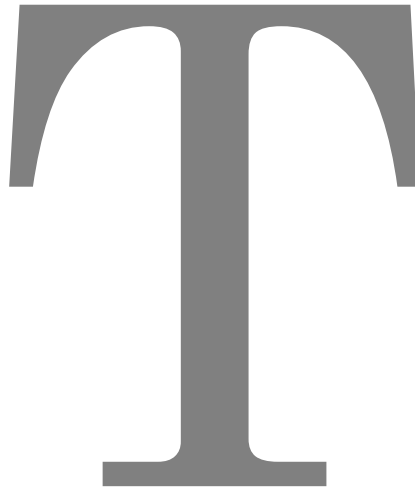
Splendore, Alfonso: médico ítalo-brasileiro (Cocenza, Itália, 1871 – São Paulo, 1953). Diplomado pela Faculdade de Medicina de Roma (1897), trabalhou como assistente de Angelo Celli, no Instituto de Higiene daquela capital. No Brasil, Splendore trabalhou com Adolpho Lutz no Instituto Bacteriológico de São Paulo. Ao regressar à Itália para servir no exército de seu país, durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), já havia publicado diversas contribuições importantes, entre as quais *Toxoplasma cuniculi* (1910), trabalho pioneiro sobre a toxoplasmose humana; *Blastomicose, esporotricose e relações com processos afins*, comunicação submetida ao VII Congresso de Dermatologia e Sifiligrafia realizado em Roma (1911); *Toxoplasmose de coelhos*, apresentado ao I Congresso de Patologia Comparada, em Paris (1912); *Una Afezzione micótica con localizazione nella mucosa della bocca, osservata in Brasile, determinata per fungi (Zymonema brasiliense sp.)*, publicado no *Bulletin de la Société de pathologie exotique* (1912, n.5, p.313-9), uma das pedras fundamentais da descoberta da blastomicose sul-americana, também chamada de Doença de Lutz-Splendore-Almeida.
(Ver Blastomicose sul-americana).

Fontes: Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Sporotrichum: gênero de fungos imperfeitos, semelhantes aos fungos de levedura, que outrora abrangia o *Sporotrichum schenckii*, agente causador da esporotricose no homem e nos animais. Apenas algumas espécies desse gênero são patogênicas, entre elas *S. schenckii*, *S. beurmanni* e *S. dori*, agentes, também, da esporotricose.
(Ver Esporotricose).

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Sublimado corrosivo: o mesmo que cloreto de mercúrio; bicloreto de mercúrio; percloreto de mercúrio; cloreto de mercúrio corrosivo. Sal branco, cristalino, inodoro, tóxico e cáustico que na década de 1940 ainda era empregado, internamente, como anti-sifilíco, na dose de 0,005 a 0,02 g ao dia em solução, pílulas ou injeções subcutâenas; e, externamente, como antisséptico e parasiticida em solução de 0,25 a 2 por mil. Outra fonte da mesma época qualificava o sublimado corrosivo como componente do método de coloração de van Gieson e do líquido de Zenker, composto químico usado na fixação de peças histológicas. Murray (1910) relatava casos de envenenamento por sublimado corrosivo; apesar de haver, então, discrepâncias de opinião sobre a qualidade nociva ou inofensiva do metal mercúrio quando ingerido, esse autor considerava venenosos seus compostos solúveis e voláteis, inclusive os vapores do mercúrio metálico. Em casos de envenenamento agudo pelo sublimado corrosivo, o antídoto recomendado era albumina ou os albuminóides em qualquer forma solúvel, aconselhando-se a ingestão o mais rápido possível de leite e de clara de ovo. Em razão da poderosa ação local do veneno no estômago, a lavagem estomacal era inútil, mas se o vômito ocorresse naturalmente, um emético podia ser ministrado. O restante do tratamento consistia em aliviar a dor através de opiatos e a sede através de bebidas demulcentes.
(Ver Sífilis; Coloração de van Gieson).

Fontes: Cardenal, 1947; Fernandes, 1943; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; www.11; www.137; www.95.

Tintura de iodo: solução obtida por meio da diluição do iodo em álcool, em diversas proporções. Elemento químico da família dos halógenos, representado pelo símbolo I e de número atômico 53, o iodo, em altas concentrações, é venenoso e pode causar sérios danos à pele e aos tecidos. Diluído em álcool, tem sido utilizado na medicina como antisséptico. Segundo Paulier, em fins do século XIX a tintura de iodo era empregada principalmente como revulsivo, sendo friccionada ou aplicada com algodão sobre a pele.
(Ver Iodo).

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Tórula: designação obsoleta dada aos fungos do gênero *Cryptococcus*, da família das criptococáceas, entre os quais se inclui o *Cryptococcus neoformans*, causador da criptococose em humanos e animais. A criptococose, antes conhecida por torulose, é uma doença infecciosa caracterizada por lesões nodulares ou abscessos, principalmente no cérebro e nas meninges, mas também nas juntas, pulmões e tecidos subcutâneos. Miquel & Cambier (1902) definiam tórula como qualquer um dos fungos imperfeitos que formam ácidos, como por exemplo, o cítrico e o láctico.
(Ver Criptococose; *Cryptococcus neoformans*).

Fontes: Houaiss, 2001; Miquel & Cambier, 1902; Stedman, 1979.

Tricosporose ou tricosporíase: infecção provocada por fungos do gênero *Trichosporon*, caracterizando-se pela presença de nodosidades nos pêlos e cabelos. Também conhecida como *piedra negra* e *piedra alba* ou *blanca*. A primeira, causada pelo fungo *Piedraria hortai*, ataca principalmente os cabelos; a segunda, bem mais rara, é causada pelo *Trichosporon beigelii*, atingindo barba e bigode de homens jovens. Ambas têm relação com condições precárias de higiene, mas a *piedra negra* ocorre em regiões de clima

tropical e altos índices pluviométricos, ao passo que a *blanca* depende de fatores predisponentes como o diabetes, a Aids e outras imunodeficiências.

Fontes: Cardenal, 1960; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.126.

Tubérculo: anatomicamente, os tubérculos são pequenas estruturas que formam uma saliência arredondada na superfície de um órgão, especialmente em certos ossos e regiões do cérebro. Exemplos são os tubérculos mamilares, quadrigêmeos (no cérebro), o tubérculo de Aranzi na parte média das válvulas sigmóideas da aorta etc. Patologicamente, para D'Elia (1926), tubérculo era o nome comum dado a duas alterações mórbidas, uma da pele (tubérculo cutâneo), e outra comum a todos os tecidos (tubérculo propriamente dito). Tubérculo é definido, também, como pequeno tumor arredondado, característico da tuberculose, que se forma no interior dos tecidos.

Fontes: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Tuberculose: também conhecida como peste branca, é uma das doenças que maior número de mortes tem causado na história da humanidade, representando ainda grande ameaça: estudos contemporâneos mostram que estão infectados quase 2 bilhões de habitantes do planeta, matando a tuberculose cerca de três milhões de pessoas por ano. É uma doença infectocontagiosa e endêmica provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch, microrganismo em forma de bastonete descoberto em 1882 pelo médico alemão Robert Koch. Esse bacilo, desprovido de movimento próprio, precisa de oxigênio para viver e não se reproduz fora do corpo do homem ou de outro animal, a não ser em culturas de laboratório. Pessoas infectadas pelo bacilo podem não desenvolver a doença. Na maioria dos casos, as bactérias invasoras são mortas ou inativadas pelas defesas naturais do corpo. Via de regra, o indivíduo contrai a infecção ao inalar os bacilos que flutuam em gotículas de umidade dispersas no ar, bacilos lançados aí por um tuberculoso, quando tosse ou espirra. As bactérias também podem penetrar no organismo através de alimentos contaminados, como leite tirado de vaca tuberculosa. Em países onde se pasteuriza o leite e se examinam os animais periodicamente, tornou-se rara a ocorrência desse tipo de infecção. Os pulmões constituem o principal foco do bacilo, mas a tuberculose pode afetar quase todas as partes do corpo: os gânglios linfáticos localizados na região toracocervical, as pleuras, as meninges, os ossos e as articulações, a pele, os rins, os órgãos genitais, os olhos e os intestinos podem sediar lesões causadas pelo bacilo de Koch. Uma das formas da doença, a "tuberculose cutânea" ou "tuberculose vorax" (pois consome rapidamente a pele e a cartilagem) também é conhecida como "lúpus vulgar" – categoria nosológica criada por Robert Willan (1757- 1812) no início do século XIX, mas que hoje é reconhecido como modalidade de tuberculose. A doença também acomete animais, especialmente os domésticos, como bois, porcos e galinhas. Na maioria dos casos, desenvolve-se quando as defesas naturais do corpo são enfraquecidas por uma enfermidade ou qualquer outra causa. Ao entrarem em contato com o organismo, os germes invasores ativam as defesas naturais que fazem com que muitos sejam mortos. Além disso, células de defesa rodeiam grupos de

bactérias, formando tubérculos duros no interior dos quais as bactérias continuam vivas, porém inativas e inócuas (daí a origem do termo tuberculose). Às vezes, a doença manifesta-se anos depois da infecção. A primeira invasão dos germes, seguida da formação de tubérculos, é chamada de infecção primária ou complexo primário, sendo raros os sintomas nesse período. Algumas vezes, porém, há febre, náusea e erupções na pele. O primeiro sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse prolongada, o que leva muitos pacientes a suporem que contraíram apenas um resfriado renitente. Em seguida, há considerável perda de peso. Em casos graves e adiantados, pode haver hemorragia, expelindo o paciente sangue pela boca. A luta entre os bacilos e as defesas do corpo prossegue por longo tempo. Se não for tratado, o paciente torna-se gradualmente mais enfermo. Abrem-se novas cavidades nos pulmões, e os germes espalham-se para outras partes do corpo. Em 1890, Robert Koch (1843-1910) anunciou a descoberta de um extrato glicerinado estéril retirado de culturas do bacilo da tuberculose, dando a essa substância o nome de tuberculina. Verificou que o produto era extremamente tóxico para os animais tuberculosos, e relativamente inócuo para os animais saudáveis. A princípio, Koch acreditou ter descoberto a cura para a tuberculose, porém, as experiências realizadas por ele logo demonstraram a ineficácia do tratamento. Abandonada como método terapêutico, a tuberculina passou a ser utilizada no diagnóstico da doença. Como terapêutica para a tuberculose prevaleceu, inicialmente, o tratamento feito em sanatórios, estabelecimentos criados na Europa, na América e em outras partes do mundo a partir da segunda metade do século XIX. O pressuposto do tratamento era a cura espontânea do paciente quando submetido a condições adequadas: repouso, superalimentação, clima favorável e isolamento do doente. Em 1909, dois pesquisadores do Instituto Pasteur, Albert Calmette (1863-1933) e Camille Guerin (1872-1961), comunicaram o desenvolvimento de um bacilo de virulência atenuada que possuía capacidade imunizante contra a tuberculose. Após uma série de testes, o BCG, primeiro imunizante bacteriano atenuado, passou a ser regularmente utilizado como vacina. Os avanços científicos verificados nas primeiras décadas do século XX ajudaram a superar algumas das crenças até então aceitas em relação à doença, entre elas, seu suposto caráter hereditário e a importância do clima para a recuperação do doente. Em 1944, a descoberta de um antibiótico, a estreptomicina, por Selman Waksman (1888-1973) e colaboradores, abriu nova perspectiva para o tratamento da tuberculose. Outro avanço significativo foi a descoberta da isoniazida (hidrazida do ácido isonicotínico) em 1951, substância que inibe a proliferação dos bacilos. Com a comprovação da eficácia dos antibióticos na cura da tuberculose, o tratamento passou a ser feito em ambulatórios na grande maioria dos casos, tornando desnecessária a internação do paciente. Como resultado, os sanatórios foram sendo gradativamente desativados. No passado, praticava-se a cirurgia nos sanatórios para fazer retrair-se um pulmão doente, de modo a que ele deixasse de funcionar. Os médicos ainda optam pela cirurgia em certos casos, mas, em vez de provocar o colapso do pulmão, extirpam a parte afetada. O restante do pulmão continua a funcionar normalmente. A

consolidação da quimioterapia por meio de antibióticos, juntamente com a adoção de medidas profiláticas e a simplificação do diagnóstico, provocou, a partir das décadas de 1950 e 1960, radical transformação no perfil epidemiológico da doença, materializada em acentuado declínio dos índices de mortalidade. Não obstante, o uso continuado dos antibióticos, bem como a prescrição de terapias inadequadas, ocasionou o surgimento de bacilos resistentes às drogas. O problema foi em parte superado pelo desenvolvimento de novos quimioterápicos e pelos avanços verificados no campo da microbiologia. Visto que a resistência ao bacilo é, em parte, determinada pelo sistema imunológico, tornou-se freqüente, nas últimas décadas, a associação da tuberculose com a Aids. Ultimamente, verifica-se um número crescente de casos de bacilos resistentes. Além da isoniazida e da estreptomicina, as drogas mais utilizadas no tratamento da tuberculose são o etambutol, o ácido paraminossalicílico – PAS e a rifampina. Apesar da considerável redução de casos de tuberculose em muitas nações, inclusive no Brasil, a doença continua a ser um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e, principalmente, na África, onde há grande escassez de medicamentos. A tuberculose é uma doença muito antiga, tendo sido encontradas lesões de etiologia possivelmente tuberculosa em ossos de múmias egípcias que datam de 3700 a.C. Antes de afetar o homem, foi uma doença endêmica nos animais do período paleolítico. Acredita-se que o agente da tuberculose teve como hospedeiro, inicialmente, o gado bovino, sendo o *Mycobacterium tuberculosis* uma mutação do *Mycobacterium bovis*, favorecida pelo convívio do homem com o gado e o aumento da densidade demográfica das povoações humanas. A enfermidade se disseminou a tal ponto pela Europa ocidental, que chegou a ser a causa de 25% das mortes. Era pouco freqüente ou desconhecida na América, tendo sido importada por imigrantes europeus. No entanto, há estudos que deduzem ter sido ela a causa de algumas mortes no Peru no período pré-colombiano. Até o início do século XX, era praticamente desconhecida na África subsaariana. Em meados do século XX, a tuberculose não havia alcançado ainda Nova Guiné, Papua e Indonésia. (Ver Linfa de Koch).

Fontes: www.49; www.194; www.195; www.196; www.197; www.200.

Tuberculose cutis verrucosa: lesão da pele causada pelo bacilo de Koch que apresenta superfície verrucosa com uma base inflamatória crônica com supuração. Também conhecida como tuberculose verrucosa da pele, lupo verrucoso ou papulomatoso, verruga tuberculosa e escrofulodermia verrucosa.

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Tuberculose miliar: tuberculose com disseminação generalizada do bacilo tuberculoso e produção de diminutos e incontáveis pequenos tubérculos em diversos órgãos e tecidos.
(Ver Tuberculose).

Fontes: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Tuberculose miliar aguda ou tuberculose granulosa aguda: uma das duas principais formas de tuberculose humana, caracterizada pela disseminação generalizada do *Mycobacterium tuberculosis* no organismo e pela formação de minúsculos e incontáveis tubérculos em

diversos órgãos e tecidos. Diferencia-se da forma localizada, que incide num órgão ou tecido específico (pulmão, osso, rim etc.).
(Ver Tuberculose).

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Tularemia: doença infectocontagiosa aguda, de moderada gravidade, provocada pela inoculação ou ingestão de uma bactéria gram-negativa – *Bacterium tularense*, *Pasteurella tularensis* ou *Francisella tularensis*. Transmite-se ao homem pelo contato com animais infectados ou por ingestão de carne contaminada. Pode também ser veiculada através da picada de artrópodes infectados, tais como carrapatos, piolhos, mutucas e mosquitos. Apresenta uma forma úlcero-ganglionar, geralmente localizada na região da picada do inseto, e uma forma pleuropulmonar. Seus sintomas característicos são febre, cefaléia, vômito e adenopatia. Em 1910, George Walter McCoy (1876-1952) descobriu a doença em animais selvagens no condado de Tulare, na Cafifórnia. Dois anos mais tarde, o mesmo McCoy, juntamente com Charles W. Chapin, descreveu o agente etiológico, denominando-o *Bacterium tularense*. Em 1914, a primeira manifestação humana da enfermidade foi reconhecida por William Buchanan Wherry (1874-1936) e B. H. Lamb. Em homenagem ao médico norte-americano Edward Francis (1872-1957), responsável por importantes estudos sobre a doença, o agente passou a ser chamado *Francisella tularensis*.

Fontes: Bier, 1957; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Veronesi, 1982.

Uffelmann, Julius August Christian: médico alemão nascido em Hannover, em 1837, e falecido em 1894. Após estudar teologia e filologia em Göttingen, dedicou-se à formação médica. Clínico em Hameln, tornou-se livre-docente em Rostock a partir de 1876, e *ausserordentlicher Professor* (professor auxiliar) três anos depois. Publicou trabalhos sobre diversos temas e defendeu, no *Manual da higiene doméstica da criança* (1891), a importância da dieta e da higiene para o controle das doenças.

Fontes: www.181; www.167; www.166.

Úlcera: lesão aberta, com perda de substância, em tecido cutâneo ou mucoso, causando desintegração e necrose. As úlceras tendem a se formar em áreas do corpo com má circulação sangüínea. Até uma pequena pancada nessas partes pode levar a uma ulceração. Uma ferida devida a traumatismo pode tornar-se ulcerada se ocorrer infecção.

Fontes: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Unna, Paul Gerson: dermatologista alemão nascido em Hamburgo em 8 de setembro de 1850. Estudou medicina na Universidade de Heidelberg, na qual ingressou em 1870, depois em Leipzig e, por fim, em Estrasburgo, onde se formou, orientado por Waldeyer, em 1875. Sua tese de doutoramento, *Über die Entwicklung der Haut* (Sobre o desenvolvimento da pele), trouxe à luz conhecimentos inteiramente novos sobre as diferentes partes e os elementos constitutivos da pele. Para realizar suas observações, Unna utilizou-se do ácido ósmico e de um novo corante, o picro-carmim, recém descoberto por Ranvier. O trabalho seria parcialmente publicado no *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* em 1883. Depois de formado, Unna transferiu-se para Viena, onde estudou com Ferdinand von Hebra (1816-1880), Moritz Kaposi (1837-1902) e Heinrich Auspitz (1835-1886). Em 1877, publicaria com Auspitz dois artigos sobre a anatomia patológica do cancro sifilítico no *Vierteljahresschrift für Dermatologie & Syphilis*. De volta a

Hamburgo em 1876, foi contratado como médico assistente da seção de sífilis do Hospital St. Georger, em Engel-Reimers, atividade que passou a conciliar com a prática exercida na clínica de seu pai em Hamburgo. No início da década de 1880 fundou sua própria clínica dedicada às doenças de pele. Juntamente com Oskar Lassar e Hans Hebra, criou, em 1882, o *Monatshefte für praktische Dermatologie* (hoje chamado *Dermatologische Wochenschrift)*, primeiro periódico de dermatologia da Alemanha e uma das principais referências da especialidade no mundo. A clínica logo se tornou insuficiente para atender à crescente demanda. Unna decidiu, então, abandonar a clínica geral para se dedicar apenas à dermatologia. Em 1884, num subúrbio de Hamburgo, inaugurou um moderno instituto de treinamento dermatológico, que passou a ser freqüentado por estudantes de várias partes do mundo. O *Dermatologikum* atraía, também, médicos de diversas nacionalidades, muitos deles considerados pioneiros da dermatologia em seus países. Um desses médicos foi Adolpho Lutz, que chegou a Hamburgo em março de 1885. Sob a orientação de Unna, o médico suíço-brasileiro desenvolveu importante trabalho sobre a bacteriologia da lepra e de outras doenças dermatológicas. No artigo que publicou, em 1886, no *Monatshefte für praktische Dermatologie* ("Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra"), propôs nova classificação para o microrganismo descoberto por Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), que Lutz considerou ser espécie de novo gênero, batizado por ele de *Coccothrix*. Unna trabalhou durante 25 anos na histologia da lepra, tendo feito importantes contribuições para a bacteriologia, a patologia e a terapêutica da doença, criando seus próprios métodos histológicos e de coloração de células e tecidos. Em 1891, descobriu as células plasmáticas e, com o passar do tempo, verificou que eram componentes fundamentais das infecções crônicas e neoplasias infecciosas. Também estabeleceu a diferença entre os diversos tipos de tecidos adiposos e realizou estudos históricos sobre o conceito de eczema. Em 1894, publicou a monumental *Die histopathologie der Hautkrankheiten* (Histopatologia das doenças de pele), obra que consolidou seu prestígio como um dos mais importantes dermatologistas do mundo. A partir de 1906, direcionou suas pesquisas laboratoriais para o campo da química. Juntamente com Golodetz, esclareceu a até então imprecisa química das substâncias córneas, de grande importância para a dermatologia. Pesquisando os processos bioquímicos da pele, descobriu nela o *Stratum granulosum*. Em 1911, verificou a presença na pele de áreas com excesso de oxigênio (*Sauerstofforte*) e de regiões que consumiam oxigênio (*Reduktionsorte*). Dois anos depois, através do método da *Chromolyse*, tentou construir uma ponte entre a histologia e a química dos tecidos. Tendo por base uma série sistemática de testes alternados com solventes químicos e corantes em seções de tecido congelado, o novo método tinha por finalidade determinar se o elemento de tecido a ser examinado era ou não dissolvido após ser corado. Em 1928, publicou *Histochemie der Haut*, tratado que reúne suas principais conclusões sobre a química dos tecidos. Além dos trabalhos em dermatopatologia, deixou notáveis contribuições no campo da dermatologia clínica. Foi autor de estudos fundamentais sobre os impetigos, o grupo dos líquens, as

doenças das unhas e o grupo dos eritemas, por exemplo. Descreveu, ainda, uma afecção crônica da pele caracterizada pela inflamação das regiões com grande número de glândulas sebáceas, especialmente o couro cabeludo e áreas da face e do tronco. De causa desconhecida, esta foi batizada como doença de Unna. Suas contribuições para a terapêutica foram de grande importância. Unna estudou detalhadamente o efeito de agentes de redução sobre a pele, entre eles a crisarobina, o pirogalol, a resorcina e o ictiol. Introduziu o uso de sabões medicinais e recomendou a cauterização a quente para o tratamento de pequenos tumores benignos da pele e de lesões pustulares. Desenvolveu a pasta composta de óxido de zinco, mucilagem de goma e glicerina que ficou conhecida como pomada de Unna, ainda hoje utilizada no tratamento de úlceras varicosas e dermatoses pruríticas. Antes mesmo da introdução dos tratamentos radiativos, trabalhou na erradicação do lúpus, que julgava curável. No terreno da cosmética, defendeu o uso de ungüentos, pastas e pós devidamente coloridos para a face e as mãos. Publicou cerca de 150 artigos sobre terapêutica e diversas monografias. *Kriegsaphorismen eines Dermatologen* (Aforismos de guerra de um dermatologista) veio a lume durante a Primeira Guerra Mundial, com o objetivo de adestrar os médicos das forças armadas alemãs no tratamento de dermatoses comuns. Unna também escreveu *Die allgemeine Therapie der Haut-krankheiten* (Terapia geral das doenças de pele) e *Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten durch den praktischen Arzt* (Diagnóstico e tratamento de doenças de pele pelo clínico geral). Unna, que sempre desprezou os postos acadêmicos e que travou candentes disputas com muitos de seus ocupantes, tornou-se, em 1907, professor titular do Eppendorf Krankenhaus. Assumiu, no ano seguinte, o cargo de médico-chefe da instituição e, em 1919, foi nomeado professor de dermatologia da Universidade de Hamburgo. Além das obras citadas, assinou o capítulo de dermatologia do *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, de von Orth (1847-1923), e foi co-editor do *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten* (Hamburg & Leipzig, 1889-1899). Faleceu em Hamburgo, vítima de gripe, em 29 de janeiro de 1929.

(Ver Ácido Pirogálico; Coloração; Crisarobina; Lepra; Líquen; Pomada de Unna).

Fontes: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Hollander, 1987; Olpp, 1932; www.51; www.223.

Vesuvina: termo originado de Vesúvio, vulcão italiano. Corante de cor parda para microscopia, constituído a partir da ação do ácido nitroso sobre a metafenilenediamina. Muito usado em técnicas histológicas em solução aquosa a 1 por 100. Também conhecido como pardo de Bismarck.

Fontes: Cardenal, 1960; Larousse, 1971.

Vitiligem ou vitiligo: lesão discromatosa da pele, de causa não definida, caracterizada por perda localizada da pigmentação e pela presença de manchas brancas de tamanhos variados e, em geral, de distribuição simétrica. A pele que circunda as regiões lesionadas apresenta-se, normalmente, hiperpigmentada, e o pêlo das partes atingidas é quase sempre branco. Também conhecida por leucodermia adquirida ou leucopatia adquirida.

Fontes: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Voltolini, Friedrich E. R.: médico alemão nascido em Elsterwerda, em 17 de junho de 1819, e falecido em 10 de setembro de 1889. É reconhecido principalmente por suas atividades em otorrinolaringologia, especialidade médica em que se destacou pelo pioneirismo na utilização da galvanocáustica em doenças da laringe e do nariz, pelo aperfeiçoamento da iluminação do laringoscópio e pela adaptação desse instrumento para uso como otoscópio. Exerceu atividades clínicas em Berlim, Gross-Strehlitz e Lauenburg; tornou-se médico municipal em Falkenberg (Oberschlesien), em 1852, e livre-docente de otologia e laringologia em Breslau, a partir de 1862. Seis anos depois assumiu o cargo de *ausserordentlicher Professor* (professor extraordinário) na Universidade de Breslau.

Fontes: Encyclopædia Britannica, 2001; www.176; www.179; www.211; www.199.

Weigert, Karl: patologista alemão (1845-1904), desenvolveu a partir de 1871 engenhosos métodos de coloração para diferentes espécies de bactérias, o que contribuiu enormemente para as investigações microscópicas sobre esses seres. Criou, também, métodos para a observação da mielina, das fibras elásticas, da fibrina e de outras estruturas orgânicas. Weigert verificou que uma solução de fucsina, resorcina e cloreto férrico torna as fibras elásticas azul-escuras. A fibrina é corada em solução de anilina-cristal violeta, em seguida tratada com solução de iodo-iodeto de potássio e descorada em anilina oleosa e xilol; a fibrina adquire, assim, coloração azul-escuro. Obtém-se igual resultado com a mielina quando é corada com o cloreto férrico e a hematoxilina, adquirindo as porções degeneradas uma tonalidade amarelada. Método mais complexo torna azul a neuróglia e os núcleos de suas células, usando-se a hematoxilina cúprica para os tecidos nervosos. Quanto aos actinomicetos, Weigert recomendava imergi-los durante uma hora em solução vermelho-escura de orceína em vinte partes de álcool, cinco partes de ácido acético e quarenta partes de água destilada; em seguida, devia-se lavar e corar o preparado em solução aquosa de cristal violeta a 1% e, por fim, descorá-lo em álcool a 60%. A hematoxilina férrica, solução contendo hematoxilina, cloreto férrico e ácido clorídrico, é usada como corante para núcleos de células. Estão em uso ou apresentam formas aperfeiçoadas outras técnicas criadas pelo patologista alemão, que dá nome, também, à lei segundo a qual a perda ou destruição de uma parte ou um elemento no mundo orgânico pode resultar em superprodução compensadora, especialmente nos processos de regeneração ou reparo de tecidos e ossos.
(Ver Coloração; Fucsina).

Fontes: Cardenal, 1960; Fernandes, 1943; Stedman, 1979; www.46.

Wernicke, Roberto Johann: parasitologista argentino, filho de imigrantes alemães, nascido em 1854 e

falecido em 1922. Doutorou-se pela Universidade de Jena, Alemanha, e foi professor de patologia da Faculdade de Medicina de Buenos Aires. Juntamente com seu aluno Alejandro Posadas (1870-1902), foi o primeiro a descrever nova moléstia de pele diagnosticada inicialmente como micose fungóide com psorospérmios e, mais tarde, como doença de Posadas-Wernicke ou coccidioidomicose. Os dois autores publicaram suas descobertas de forma independente em 1892. Wernicke em "Ueber einen Protozoenbefund bei mycosis fungoides", no *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* (1892, v.12, p.859-61); e Posadas em "Un nuevo caso de micosis fungoidea com psorospermia", no periódico *Circulo Médico Argentino* (1892, v.15, p.585-97). Em 1893, um novo caso da doença foi observado pelo cirurgião canadense Emmet Rixford (1865-1938). Novos casos foram registrados na Califórnia em 1894 e 1896. O organismo causador da doença foi denominando *Coccidioides immitis* e definitivamente caracterizado por William Ophüls e H. C. Moffit (1871-1933) em "A new pathogenic mould formely described as a protozoan: Coccidioides immitis pyogenes: preliminary report" (*Philadelphia Medical Journal*, 1900, v.5, p.1471-2). Também com Posadas, Wernicke foi o primeiro a relatar um caso de *rhinosporidiosis*.
(Ver Coccidioidomicose; Coccídios; Posadas, Alejandro; Psorospermose).
Fontes: www.19; www.29; www.225.

Wilson, Erasmus: médico inglês (1809-1884) conhecido por seu trabalhos como anatomista e dermatologista. Foi presidente do College of Surgeons e da Biblical Archeology Society, e um dos primeiros acionistas do London & Provincial Turkish Bath Company Ltd. Fundou e dirigiu a cadeira de dermatologia no Royal College of Physicians. Trouxe do Egito para a capital inglesa o obelisco conhecido como Agulha de Cleópatra, que ainda se encontra às margens do Tâmisa, em Londres. Em 1869, descreveu e nomeou o *lichen planus*, dermatose que Ferdinand von Hebra provavelmente há havia identificado como *lichen ruber*.
(Ver Líquen plano; Líquen rubro).
Fontes: Freedberg, 1999; www.53; www.54.

Wucherer, Otto Eduard Heinrich: filho de mãe holandesa e de um comerciante alemão, nasceu em 7 de julho de 1820, na cidade do Porto, em Portugal, e faleceu em 7 de maio de 1873, em Salvador. Com a fixação do pai em Salvador, Bahia, Wucherer viveu entre os seis e sete anos nessa cidade brasileira, transferindo-se, então, para a região alemã de Baden-Wurttemberg. Formou-se em medicina pela universidade de Tübingen. Retornou à Bahia em 1843, e exerceu a clínica em cidades do Recôncavo Baiano antes de se estabelecer em Salvador, em 1847. Sintonizado com as discussões e problemas teóricos relacionados à topografia e geografia médicas, dedicou-se, juntamente com outros médicos daquela província brasileira – principalmente John Ligertwood Paterson (1820-1882) e José Francisco da Silva Lima (1826-1910) –, ao estudo da tuberculose, lepra e ofidismo, além das doenças associadas ao clima tropical, sobretudo a opilação (ancilostomíase), o beribéri, a esquistossomose, a filariose e o ainhum. Publicados na *Gazeta Médica da Bahia*, periódico que circulou de 1866 a 1915, os estudos de Wucherer e de outros integrantes de seu grupo acabaram por notabilizá-los, dando origem ao que

posteriormente foi denominado *Escola Tropicalista Baiana*.

Fontes: Barreto & Aras, 2003; Edler, 2002; Larousse, 1971;www.155.

Zambaco, Démétrius Alexandre: descendente de gregos, é também conhecido como Dimítrios Zambakós pasás ou Zambaco Pacha (em português, paxá), referência ao título que recebeu do quediva otomano do Egito pelos serviços médicos prestados naquele país. Nascido em Constantinopla, na Turquia, em 6 de maio de 1831, naturalizou-se francês após sua transferência para Paris a fim de estudar na Faculdade de Medicina da capital francesa. Chefe de clínica daquela faculdade e correspondente nacional pela Divisão de anatomia e fisiologia da Academia de Medicina, foi autor de vários trabalhos importantes sobre a lepra, todos publicados em Paris: *Mémoire sur la lèpre observée à Constantinople* (1887), *Voyages chez les lépreux* (1891), *Les Lépreux ambulants de Constantinople* (1897), *La lèpre à travers les siècles et les contrées* (1914). Segundo William Tebb, no Primeiro Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, realizado na capital da França em agosto de 1889, Zambaco comunicou os resultados de suas pesquisas sobre a lepra na Ilha de Metilena, na Turquia, defendendo a teoria de que a doença não se transmitia de pessoa a pessoa. A inexistência de casos entre os quinze mil muçulmanos que habitavam a ilha parecia corroborar suas idéias acerca da não-contagiosidade da doença. Na história da medicina, seu nome é associado, ainda, às propostas, defendidas em fins do século XIX, de cauterização e remoção do clitóris para diminuir a suposta propensão feminina à masturbação. Entre seus trabalhos sobre a sexualidade humana, destacam-se *Onanisme avec troubles nerveux chez deux petites filles* (1882) e *Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis* (Paris, 1911). Membro das Academias de Medicina de São Petersburgo e Viena e presidente da Sociedade de Medicina de Constantinopla, faleceu no Cairo em 27 de novembro de 1913. (Ver Lepra).

Fontes: Houaiss, 2001; www.198; www.161; www.133.

Ziemssen, Hugo Wilhelm von: médico alemão nascido em 13 de dezembro de 1829, em Greifswald, e falecido em Munique, em 21 de janeiro de 1902. Foi professor de clínica médica da Universidade de Erlangen, em 1863, e da Universidade de Munique, no ano seguinte. Doutorou-se somente em 1880, já como patologista e diretor da clínica municipal de Munique, com tese intitulada *Sobre a mielina, pigmento e micrococos do esputo*. É reconhecido pela introdução na medicina alemã dos métodos de exame e tratamento com eletricidade, e por seus estudos sobre os movimentos cardíacos.

Fontes: Der Grosse, 1952-1960; www.229; www.162; www.167;www.48.

Zoogléia: nome antigo dado a uma massa de bactérias mantidas agregadas graças à produção de uma substância gelatinosa.
(Ver Bactéria).

Fontes: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Glossary

Acrodynia: a children's disease, almost exclusively caused by mercury poisoning, also known as erythredema, acrodynic erythema, pink disease, Swift's disease or dermatopolyneuritis. It is manifested through limb, thorax and nose erythema, polyneuritis and gastrointestinal conditions. According to Ferreira (1999), acrodynia also presents circulatory (arterial hypertension, tachycardia) and neurological (hypomotility, pains in the hands and feet, apathy, photophobia) phenomena. In 1926 it was defined as a disease characterized by a painful "tingling" caused by deteriorated cereals and other foods (D'Elia).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Stedman, 1979.

Adenitis: the swelling of a gland or of the lymphatic ganglia (a small organ disposed in chains or masses, especially in the neck, armpits and groins, where lymphocytes concentrate and which accompanies the path of a lymphatic vase). According to D'Elia (1926), this swelling caused discontinuity of the skin, allowing the invasion of infectious germs which, penetrating the lymphatic vases, ended up by occupying a gland, thus determining its suppuration.

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Agar: mucilagenous polysaccharide, also known as agar-agar or gelosis, used to give a gelatinous consistency to culture media for microorganisms and to foods, cosmetics, pharmaceutical products, dry-cell batteries, etc. It is derived from a red alga found in tropical Asian and Australian coasts, especially Java and Sri Lanka. By the end of the 1880's, agar began to be imported by Europeans to supply the needs of bacteriologists, who were starting to use it as a medium for microbial cultures. In the 1920's, it was also employed as excipient of several pharmaceutical formulae.

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Anasarca: Pathologically, it is a generalized edema due to the infiltration of serous liquid into the

subcutaneous cellular tissue of the entire body. According to D'Elia (1926), this state may originate from a cold, without constituting an organic disease, frequently appearing in the course of erysipelas, in the period of desquamation of measles and scarlet fever. It constantly occurs in albuminuria or Bright's disease and in the last stage of heart diseases. Anasarca is also defined as the result of diseases ending up in cachexia, rendering the blood poor and debilitating the body. The skin becomes shiny, almost always cold and with a milky aspect. Treatment consists of the use of diuretics, sudoriferous, purgatives and a milk diet. In the field of veterinary, anasarca is a disease of horses, generally caused by infection and characterized by edemas which are reabsorbed in the sub-acute form and progressive in the hyper-acute form. The disease also occurs in dogs, pigs, oxen and sheep.

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Anastomosis: name originally given to the communication between two nerves, when it was believed that they were channels through which a nervous fluid ran. In general anatomy, the term is employed to designate the natural, direct or indirect, communication between two blood vessels, between two channels of the same nature, two nerves, or two muscular fibers. In pathology, it names the morbid junction or joining of two normally separated spaces or organs.

Sources: Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 190

Anhydrosis: absence or diminution of perspiration.

Sources: Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Arning, Edward Christian: the son of a German merchant established in England, Arning was born in Manchester on June 9, 1855. Sent to Hamburg at the age of twelve, he entered *Gymnasium Johanneum*, where he remained until 1874. In the two following years, he attended the University of Heidelberg as student of medicine, obtaining his MD at the University of Strasburg in 1879. He began his career as a gynecologist in Berlin, but soon dedicated himself to dermatology and venereology, becoming a member of the Dermatological Institute of Breslau in 1881. Two years later, Humboldt Institute, linked to the Prussian Royal Academy of Sciences, commissioned him to make studies on leprosy in Hawaii and carry out ethnographic investigations that might bring new materials for the collections of that Prussian institution. Arning arrived in Honolulu on November 8, 1883 and organized a laboratory within the *Branch Leper Hospital*, in Kakaako. Two episodes of great repercussion have marked his stay in that archipelago. The first was the experiment made with Keanu, a Hawaiian who had his death sentence commuted to perpetual prison under the condition of authorizing the inoculation of leprous material in his organism. Twenty five months after the experiment, in October 1885, he showed characteristic spots of nodular leprosy over the entire body. His nerves and lymphatic glands near the place of inoculation were also affected. The second episode regarding Arning was the examination and diagnosis of leprosy in the Belgian catholic priest Joseph Damien de Veuster, who, however, did not want to be treated by the English doctor of the Kakaako Hospital. Divergences with Walter M. Gibson, Minister of Foreign Relations

and president of the *Board of Health* of the Hawaiian Kingdom, led Arning to abandon the archipelago in the middle of 1887. In Hamburg he continued his activities of dermatologist, becoming professor of that specialty in the local university. Edward Christian Arning died in Munich on August 21, 1936.

Sources: Tronca, 2000; www.204.

Aspidosperma: A genus of tropical trees and (rarely) bushes, of the family Apocynaceae, native of the tropical regions of the Americas, with 80 species, mostly from South America, some are used for timber, many for their alkaloid and antimicrobian. With alternate leaves, small flowers, follicular fruit and peltate seeds with paper-like wings, they produce wood for industry, such as the trees called in Brazil *peroba-rosa* and *pau-cetim*. The dried bark of *Aspidosperma quebracho-blanco* contains the active principle of quebracho, employed to stimulate respiration, in the treatment of asthma and cardiac dyspnea.
(See Aspidospermine; Quebracho).

Sources: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Aspidospermine [$C_{22}H_{30}N_2O_2$]: pentacyclic indolic alkaloid found in plants of the genus *Aspidosperma*, having antithermal, irritating and vomitive action.
(See Aspidosperma).

Sources: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Stedman, 1979.

Asthma: According to Stedman (1979), the term was originally used to designate " difficult respiration", but nowadays it designates bronchial asthma. Other meanings such as cardiac asthma, renal asthma etc. have been rejected. It thus refers to a condition of the lungs in which there is the narrowing of the air passages due to different degrees of contraction (spasm) of the smooth musculature, edema of the mucous membranes and mucus in the light of bronchi and bronchioles, those alterations provoked by the liberation, in the course of the allergic process, of spasmogenics and vasoactive substances (histamine or a substance of slow anaphylactic reaction, for instance). Crises of hissing paroxystic dyspnea occur, accompanied by edemas and hyper-secretion of the mucous membranes of air passages, due to the sudden contraction of the muscles commanding the opening and closing of bronchi. Those spells are followed by coughing and sensation of constriction, generally occurring by night and persisting for hours, sometimes for days and weeks. The commonest type of asthma is the allergic bronchial one, caused by a specific reaction to common substances as dust, pollen, mites etc. Asthmatic attacks often occur after periods on intensive exercise or emotional tension, or associated to nose and throat infections, or yet to a climatic change. Most asthmatics have periodical attacks all year round. Severe asthma is the most obnoxious of respiratory asthmas and the one that may incapacitate the patient, rendering difficult the assiduity at work. Treatment of the disease involves the isolated or simultaneous use of adrenaline, aminophylline and ephedrine, and of ACTH (adrenocorticotropic hormone) and cortisone, during severer attacks. In the chronic phase, physicians try to identify the infectious and allergic factors to render the patient less sensible to them.
(See Syptomatic asthma).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Atheroma: a very common lesion in the advanced phase of arteriosclerosis, formed by a fibrous and fatty plaque situated in the *intima* (tissue serving as cover to an anatomical structure). A source from Lutz's times (D'Elia, 1926) defined it as "retention tumor", characterized by the obstruction of an evacuation channel of a hair follicle, "with the participation of sebaceous glands" that pour into the follicle. Excessive food and endocrine disturbances may favor the appearance of atheroma.

Sources: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Wilson & Reeder, 1993; www.86; www.104; www.106; www.142.

Atropin [$C_{17}H_{23}NO_3$]: a crystalline alkaloid medicine extracted from plants of the family Solanaceae (*Atropa*) as, for instance, belladonna, employed as obstructive agent of the physiological action of acetylcholine (neurotransmitter molecule acting over the passage of a nervous impulse from the cells of the nervous system to those of the muscles), as anti-spasthic and dilator of the pupil. As it is extremely toxic, it can only be ingested in minimal doses of 0.001 to 0.003g, mostly as atropin sulphate. Higher quantities may provoke an excited state known as "atropinic delirium", whose symptoms are the blockade of the vegetative nervous system, agitation of the central nervous systems accompanied by hallucinations, depression, difficulty of ingestion, dessication of the mucous membranes, tachycardia, etc. It may even evolve to death.

Sources: Cardenal, 1947; Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Azevedo Lima, José Jerônimo de: Brazilian doctor born in Campos (RJ) in 1840, died in 1912. In 1879 he entered Hospital dos Lázaros, in Rio de Janeiro, where he headed the clinical service for many years. By his suggestion, a laboratory for anatomic, pathological and bacteriological studies related to leprosy was created in that institution in 1893. Upon his retirement he was substituted by João Pizarro Gabizo, chairman of dermatology at the Rio de Janeiro Faculty of Medicine. In "A lepra no Brasil" (Leprosy in Brazil) – a work sent to the First International Conference on Leprology, held in Berlin in October 1897, but not printed in its annals – Azevedo Lima manifested himself favorably to the theory of contagiousness of that disease in healthy persons in a "state of morbid receptivity".

Sources: Lello, 1942; Souza Araújo, 1956.

Bacilli: common designation for cylinder- or rod-shaped bacteria belonging to the genus *Bacillus*. Its species, generally motile, are Gram-positive, aerobic or, under certain conditions, anaerobic. Generally found in earth and water, they do not produce their own food and feed upon other organisms. Bacilli have as one of their main characteristics the formation of dormant spores under adverse environmental conditions. Such endospores remain viable in nature, especially in the soil, for long time periods, as they are resistant to heat, chemical substances and sunlight. The typical species of the genus *Bacillus* is *Bacillus subtilis*. Described in 1872 by Ferdinand Cohn (1828-1898), it is the commonest agent of contamination of laboratory cultures, being frequently found in human skin. Among the few pathogenic species is to be mentioned *Bacillus anthracis*, causative of anthrax in man and domestic animals. Other species, such as *Bacillus cereus*, are often responsible for damages to preserved food. Some antibiotics used in medicine are produced from those microorganisms, such as bacitracin (*Bacillus subtilis*) and polymyxin (*Bacillus polymyxa*).
(See Bacteria).

Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Houaiss, 2001; Stedman, 1979. See Bacteria.

Bacteria: bacteria are a part of the Kingdom Monera, together with blue algae or Cyanophyceae, a group including unicellular and *procariont* (a single cell devoid of nucleus) beings. In Adolpho Lutz's time, bacteria were generally divided into four groups, according to morphological criteria: the rod-shaped ones were called *bacilli*; those in the shape of bent rods, *vibrio*; the spiral-shaped ones, *spirilli*; a special type of spirilli were the *spirochetes*. The rounded bacteria won the name of *cocci*, which could be grouped into colonies: two cocci formed a *diplococcus*; four, a *tetrad*; cocci in a chain were called *streptococci*; two cocci in the shape of the flame of a candle, united by the base and in opposite directions, were named

pneumococci. Nowadays bacteria are classified according to new criteria: biochemical reactions, chemical composition, cellular structure, and, under the light of molecular biology, according to their genetic and immunological characteristics. Many bacteria cause diseases in plants, in men and in other animals. Certain bacteria cause severe poisoning: *botulism*, when badly canned food or ill-preserved food is ingested; and *salmonellosis*, caused by the ingestion of contaminated food. Free-living or parasitic microorganisms, bacteria are also essential to the process of decomposition of organic matter in the body, in the soil or other media. Up to the beginning of the 20th century, bacteria were practically synonyms of microorganisms, the former word being therefore frequently applied to designate any living organisms of microscopic dimensions. The so-called "bacteriological era" began with Luis Pasteur (1822-1895) and Robert Koch (1843-1920), but sources from the beginning of the last quarter of the 19th century indicate that there were many controversies regarding the taxonomic position of bacteria; in the 20th century they were qualified as a group of lower plants or as belonging to the algal family, as a part of the Schizomycetes group. (See Schizomycetes; Fungi).

Sources: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; www.31; www.32.

Bary, Heinrich Anton de: German botanist born in Frankfurt on January 26, 1831 and died in Strasburg on January 19, 1888. He received his doctorate in medicine at the Berlin University in 1853, and became known by his studies on algae, myxomycetes and, above all, fungi which granted him the epithet of founder of modern mycology. Principally interested in the reproduction, sexuality, morphology and physiology of fungi, he affirmed in his first and prestigious book, *Untersuchungen über Die Brandpilze und die durch sie verursachten Krankheiten der Pflanzen mit Rücksicht auf das Getreide und andere Nutzpflanzen* (1853), that those organisms were the causative agent of many diseases of plants, and not mere excrescences of them, as it was thought. With his deep knowledge of the cycle and parasitic characteristics of fungi, de Bary was one of the first to study the parasite-host interactions, having effected valuable researches on potato late blight, corn stalk rust, barley and oat rusts. The creator of many terms utilized in studies about fungi and lichens – heteroic, sporidium, saprophytes, facultative parasites, symbiosis, etc. – a sizable part of the classification he developed remain valid in the researches of modern mycologists. From his scarce studies on bacteria resulted the discovery of the spores of *Bacilus magaterrium* and the proof that cyanobacteria were not algae, a contribution resulting into the removal of bacteria from the Kingdom Fungi. Dedicated to teaching, de Bary lectured botany at the Universities of Tübingen (1854), Freiburg (1855-1869), Halle (1867-1872) and Strasburg (1872-1888), having been the first Dean of the latter (1872).

Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Moura, 2002.

Baunscheidtism: therapeutic method developed by Karl Baunscheidt, mechanic and carriages builder born in Endenich, near Bonn (1809-1874). His therapy consisted of the superficial introduction of a small bundle of needles into the skin, followed by the rubbing of pierced areas with croton oil

or other irritative substance. The objective was to make the diagnosis and cure diseases through the purulent cutaneous eruption, which rapidly got better. Baunscheidtism is a bastard version of acupuncture, therapeutic technique originally practiced by the Chinese and Japanese, based on the correspondence of certain organs to determined cutaneous areas. These points are united by imaginary lines, called *meridians*. Acupuncture is mostly indicated for functional disturbances and several painful manifestations.

Sources: Der Grosse, 1952-1960; Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Beurmann, Charles Lucien de: French doctor (1851-1923) who described Beurmann's disease, the disseminated gummy form of sporotrichosis, Beurmann obtained his MD in Paris. In 1889, he became head of service of Lourcine Hospital, going afterwards to Saint-Louis Hospital, where he remained until 1916. The numerous trips he undertook to other countries, notably to Persia, India and Japan, gave him the opportunity to study the so-called exotic diseases, in particular leprosy and tropical syphilis. Beurmann distinguished himself, in a special way, by his contributions to the knowledge of sporotrichosis, ~~made~~ in collaboration with his disciples Louis Ramond and Henri Gougerot. With the latter he published, in 1912, *Les sporotrichoses* (Paris, F. Alcan), and, with Gougerot and Vaucher, papers on *Mycoderma cutaneum*.
(See Sporotrichosis).

Sources: Stedman, 1979; www.55.

Biermer, Michael Anton: German doctor (1827-1892), after whom Addison-Biermer's disease was named. It is also known as Addison-Biermer's anemia, Biermer-Ehrlich's anemia, Hunter-Addison's anemia, Lebert's essential anemia, progressive pernicious anemia, Biermer's disease, Biermer's anemia and yet macrocytic achylic anemia. Its evolution, formerly fatal, gave place to a benign prognostic after the advent of vitamin B12 (cyanocobalamina), used as intramuscular injections. The cause of the disease is the insufficient absorption of that vitamin due to the lack of a factor produced by the normal gastric mucous membrane. It is thus believed that it results from a defect in the stomach, with atrophy or lack of this "intrinsic" factor. The disease is a kind of progressive chronic anemia occurring in higher frequency in patients 50 years old or more, in adults and old people of both genders. It is manifested through numbness and tingling, weakness, a sensible and smooth tongue, dizziness, skin and mucous membranes pallor, anorexia, diarrhea, loss of weight, digestive, and often neurological disturbances. Laboratory studies in general have revealed a great decrease of hematimetry, low levels of hemoglobin, numerous macrocytic erythrocytes, associated to a preponderant number of megaloblasts and relatively few normoblasts in the bone marrow; blood leucometry in peripheral blood may be lower than normal, with relatively multisegmented lymphocytes and neutrophiles. James Scarth Combe (1796-1883) related a case of pernicious anemia in 1822. Other descriptions of isolated cases were made by Sir Thomas Addison and Hermann Lebert in 1849, but Michael Anton Biermer was the author of its classical description, in 1868-1872. Afterwards, Paul Ehrlich (1854-1915) distinguished the aplastic type of anemia.

Sources: Larousse, 1971; Stedman, 1979; www.70.

Bizzozero, **Giulio**: member of the Viennese Institute for the History of Medicine. Giulio Bizzozero (Varese, 1846 – Turin, 1901) was professor of general medicine at Turin University, transforming it into one of the most important medical centers of Europe. Edoardo Bassini, a surgeon who perfected the operation of inguinal hernia (Bassini's operation), Carlo Forlanini who introduced pneumothorax as a treatment procedure for pulmonary tuberculosis, and Antonio Carle and Giorgio Rattone, who demonstrated the transmissibility of tetanus, studied or worked in his laboratory. Bizzozero also produced papers in the areas of histology and public health, malaria and tuberculosis control. His most important papers dwealt with the discovery of blood platelets and their role in haemostasy, as well as with the identification of the bone marrow as a center of cellular production.
Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.6; www.14.

Blastomycetes: a group of pathogenic fungi developed, like yeasts, through budding. In artificial media they sometimes produce mycelia and conidia. In the past, Blastomycetes and Saccharomycetes were considered synonymous, but nowadays the former are classified among the Moniliares. *Blastomyces dermatidis*, agent of the North American blastomycosis, and *Paracoccidioides brasiliensis*, causative agent of the South American blastomycosis, belong to the Moniliares. (See North American blastomycosis; South American blastomycosis).
Sources: Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Blastomycosis: term designating several infectious diseases attacking men and other animals. They are produced by the development of fungi of diverse species, like *Blastomyces dermatidis* and *Paracoccidiodes brasiliensis*.
(See European blastomycosis; North American blastomycosis; South American blastomycosis; Mycosis).
Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Boeck, Carl Wilhelm: Norwegian doctor, born in Königsberg on December 15, 1808. After attending Christiania Kathedralskole and Mollers Institut, he studied medicine at the University of Christiania, graduating on October 12, 1831. Among his medical activities, are to be mentioned his studies about skin diseases and syphilis. Boeck inaugurated his dermatological clinic in 1850. There, two years later, he began treating lues by means of syphilization. This method, developed by Joseph Alexandre Auzias-Turenne (1812-1870) from experiments with animals, found in the Norwegian doctor an ardent defender. It basically consisted in repeated inoculations with material extracted from initial cutaneous lesions provoked by syphilis, up to the point when the procedure would not produce any reaction. As regards leprosy, are to be mentioned the researches undertaken by Boeck together with Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894), resulting in the eponym Danielssen-Boecks's disease, a form of leprosy characterized by hyperesthesia followed by anesthesia, ulceration, gangrene and mutilation. In the end of the 1860's, Boeck traveled to America to study the prevalence of that disease among Norwegian immigrants. Professor of surgery, skin diseases and syphilis in the Kongelige Frederiks Universitet from 1846 on, he was

named Full Professor of medicine in the same institution in 1851. He died in Christiania (now Oslo) on December 10, 1875, one year after joining the skin department of Rikshospitalet, the Norwegian national research hospital. (See Danielssen, Daniel Cornelius; Leprosy).
Sources: www.230.

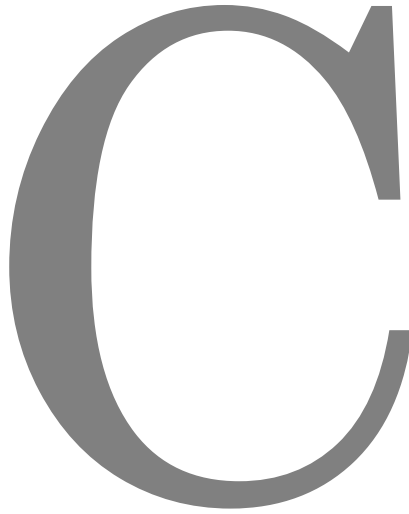
Breda, Achille: Italian dermatologist (1850-1947), who was a student of Ferdinand von Hebra, member of the Viennese Institute for the History of Medicine, and president of Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti in the period from 1926 to 1928. He studied yaws, which, for this reason, are also known as Breda's disease. (See Yaws).
Sources: Cardenal, 1947; www.14; www.15.

Brocq, Louis-Anne-Jean: French dermatologist born in the city of Laroque-Timbaut on the first day of February, 1856. He finished his medical course in 1878, receiving his MD degree in 1892, in Paris. He continued his studies under Jean Alfred Fournier (1832-1915), Jean Baptiste Emile Vidal (1825-1893) and Ernest Henri Besnier (1831-1909). In 1891, he became the doctor of Hospice La Rochefoucauld and, five years afterwards, of Broca Hospital, where, with a lot of effort, he established a department of dermatological research. From 1906 up to his retirement in 1921 he worked at Saint-Louis Hospital, the institution in which he developed intense teaching activities. A leader of the French dermatological school of his time, Brocq was member of the Medical Academy and author of the first treaty of dermatology in the French language, *Pratique dermatologique*. He lent his name to a large number of infirmities, among them Brocq-Duhring (or Duhring-Brocq) disease and Brocq-Pautrier syndrome. He died in Paris, on December 18, 1928. (See Duhring, Louis Adolphus, Duhring's disease).
Sources: www.123.

Buschke, Abraham: German dermatologist (1868-1943) who studied at Breslau, Greifswald and Berlin, obtaining his MD in Berlin in 1891. He became Full Professor at Friedrich-Wilhelm University, in Berlin, in 1908, and Extraordinary (Ausserördentlich) Professor in 1920, and retired in 1933. He was assistant professor at the surgical clinic headed by Heinrich Helferich (1851-1945) in Greifswald, at the dermatological clinic of Albert Neisser (1855-1916) in Breslau and also in that of Edmund Lesser (1852-1918) in Berlin. In 1904 he was named head of the Department of Dermatology at the Urban-Krankenhaus and, from 1906 on, was head of dermatology of Rudolf-Virchow Hospital, with 400 beds destined to patients with dermatological diseases. That vast clinical experience was the basis for the publication of numerous articles. Venereal diseases were one of -Buschke's main areas of interest, notably syphilis and gonorrhea. A victim of the nazis, he and his wife were incarcerated at the concentration camp of Theresienstadt (Terezin), in northern Bohemia (Czechoslovakia), where he died of inanition in 1943. (See European blastomycosis; Cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*).
Sources: www.16; www.18.

Busse, Otto: German doctor that was born in Gühlitz in 1867 and died- in Zurich, Switzerland, in 1922. He obtained his MD in Greifswald (Germany) in 1892. Ten years later, in

that same city, he became assistant professor at the Pathological Institute, under the orientation of Paul Otto Grawitz. In 1904, Busse became head of the Department of Pathologic Anatomy of the Institute of Hygiene in Posen. Afterwards, in 1911, he became professor of pathologic anatomy in Zurich. Busse is especially known for his investigations on pathogenic fungi, having published *Die Hefen als Krankheitserreger* (Yeasts as pathogenic fungi) in Berlin, 1897. He studied European blastomycosis, also known, for this reason, as Busse-Buschke's disease.
(See European blastomycosis; Cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*).

Sources: www.25; www.55.

Cachexy: nowadays, it has the meaning of extreme degree of frailness or general lack of nutrition and wearing, occurring during a chronic disease or emotional disturbance. In Cardenal (1947) it is defined as a state of deep and progressive constitutional distress originating from various causes; according to Murray (1910), the term was used to characterize patients suffering from malignant tumors or unwholesome states caused by syphilis, dysentery and other chronic diseases (malaria, for instance, in the so-called swamp cachexy). Individuals in that condition become anemic and debilitated, the skin wrinkled, loosing its elasticity and showing a yellowish taint; and there is loss or alteration of appetite. The Encyclopædia Britannica (2001) indicates that, in the 1990's, the efficacy of the treatment of cachexy with thalidomide was discovered in patients with diseases such as Aids, tuberculosis and leprosy, and that cachexy would apparently be caused by the overproduction of TNF (tumor necrosis factor) by the body. TNF is a protein naturally produced by the phagocytary cells of human organism, which may encircle and destroy bacteria, viruses and other foreign substances.

Sources: Cardenal, 1947; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Encyclopædia Britannica, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910.

Carbolic Acid [C_6H_5OH]: acid generally known as phenol, and also as phenilic alcohol or phenic acid. It occurs in the shape of colourless crystals that become liquefied with the addition of water. It functions as local caustic in concentrated form and as anesthetic in 3-4% solutions. If swallowed, it is powerfully corrosive (olive oil is recommended as antidote). It is used as antiseptic and disinfectant for sanitary and surgical purposes.

Sources: Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Carcinoma: any of the several types of malignant neoplasias related to the epithelial tissue, thus opposed to sarcomas, conjunctive cankerous

tumors. In both genders it occurs mainly in the skin and the large intestine; in men, in the bronchi, stomach or prostate; in women, in the breast and cervix. Carcinomas are histologically identified by their invasive capacity and by alterations indicating anaplasia, i. e., loss of nuclei polarity, loss of the ordered maturation of cells, variation in the latter's size and form, accumulation of chromatin in the nuclei and increase in nucleocytoplasmic reactions. Carcinomas may be differentiated or be similar to one of the types of normal epithelium. They tend to invade neighboring tissues, originating metastases.

Sources: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Cardol: a vesicant, irritating, yellow, oily liquid extracted from the pericarp of the cashew-nut, a fruit found in trees and shrubs of the species *Anacardium occidentale*. By the end of the 19th century, some physicians recommended its external use in cases of leprosy and severe cutaneous ulcers. Taken internally, it was employed as vermifuge, not showing vesicant action upon the digestive tube. Cardol is still used to designate a substance obtained by the chemical combination of a solution of brome or sodium hypobromide with a solution of salol. Also known as tribromsalol – an insipid, colorless, crystalline powder, insoluble in water, difficultly soluble in alcohol, acetic acid or chloroform – it was indicated, in the past, as an intestinal antiseptic, hypnotic, analgesic and haemostatic drug.

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Littré & Gilbert, 1908.

Caustic potash, KOH: the same as potassium hydroxide. A white salt, soluble in water, that melts at 360º C. A very caustic, strong base, it corrodes organic tissues. It is prepared by electrolysis of dissolved potassium, being employed to absorb carbonic acid in the fabrication of soap and in the removal of ink from paintings and as analytic reagent. It was a part of the composition of Viennese powder, being externally used for the cauterization of chancres and cysts.

Sources: Cardenal, 1954; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Chaulmoogric acid [$C_{18}H_{32}O_2$]: non-saturated fat acid, with colorless and crystalline appearance, soluble in alcohol, found among the products resulting from the hydrolysis of the chaulmoogra oil glycerids. In 1904, the chemist and pharmacologist Frederick B. Power, at the head of the Wellcome Chemical Research Laboratories, undertook experiments with chaulmoogra seeds coming from the species *Taraktogenos kurzii* (afterwards called *Hydnocarpus kurzii*). Power and his collaborators removed the seeds' skin, pressed the nuts and extracted a type of oil that was submitted to chemical procedures, as well as the mass resulting from the pressing of the seeds. They were able to isolate several compounds, among them chaulmoogric acid. They also performed experiments with seeds from the species *Hydnocarpus wightiana*, *Hydnocarpus anthelminthica* and *Gynocardia odorata* belonging to the same order as *Taraktogenos kurzii*. From the first two species they obtained an inferior homologous acid, called hydnocarpic acid, whose formula is $C_{16}H_{28}O_2$. From *Gynocardia odorata* they were not able to extract the so-called chalmoogra oil, nor the chaulmoogric and hydnocarpic acids.

(See Chaulmoogric oil).

Sources: Grant, 1944; Parascandola, 2003; Stedman, 1979.

Chalmoogra oil: a yellow oil extracted from seeds of *Taraktogenos kurzii* (family Bixaceae). It contains chalmugric, gynocardic and hidnocarpic acids. For many centuries used in the East for treating leprosy and other skin diseases, chalmoogra oil was incorporated into western medicine only in the 1800's, when the British doctor Frederic John Mouat, from the Medical College Hospital of Calcutta, started employing it. Originally, the oil was ingested or topically applied over the leprous areas of the body. Although oral administration was more efficient, it caused intense nausea in patients. To diminish the adverse reactions, Isadore Dyer, from the Louisiana Leper Home, in Carville, in 1901, began to use chalmoogra oil pills. Later on, other physicians tried to encapsulate the substance or even to add water to diminish nausea, but without success. A little before, in the middle of the 1890's, the oil started to be administered by means of intramuscular and subcutaneous injections. This method attenuated nausea but it was painful and produced strong local reaction and fever. Around 1913, Victor Heiser and Elidoro Mercado, from the San Lazaro Hospital in Manilla, tried hypodermic injections containing chalmoogra and a solution of camphor and resorcin, to facilitate absorption of the substance. Still in the 1910's, some derivates from chalmoogra oil began to be used, as gynocardic acid and ethyl esters. In the 1940's, they were gradually substituted, not without resistance, by sulphone and its derivates in the treatment of Saint Lazarus' disease. However, the toxicity of those antibiotics, allied to the high cost of their utilization *en masse*, sustained the use of chalmoogra oil, as the main therapy and as a complement of the new therapies for a few more years still. In 1953, a committee of specialists from the World Health Organization uniformly sanctioned the superiority of sulphones in the treatment of hanseniasis, sanction corroborated by the Sixth International Leprosy Congress, held in Madrid in the same year. During the 19th century it was believed that chalmoogra oil was extracted from seeds of *Gynocardia odorata*. Such a mistake was probably due to the studies of William Roxburgh, surgeon and naturalist, the first (or one of the first ones) to describe, in the Western World, the medicament and its use against leprosy. In his plant catalogue published in 1815, Roxburgh erroneously identified as seeds of *Gynocardia odorata* the seeds coming from the *kalaw*, a tree indicated in Birmanian and Indian folklore as capable of curing leprosy. It was only in 1901 that David Prain related chalmoogra seeds sold in Calcutta with the true species, *Taraktogenos kurzii*. Experiments made by Frederick B. Power, in 1904, showed that *Gynocardia odorata* did not produce chalmoogra oil. The first Ayurvedic texts written in southern India also associated the chalmoogra to the species afterwards called *Hydnocarpus wightiana* (family Flacourtiaceae).
(See Chaulmoogric acid; Leprosy).

Sources: Grant, 1944; Obregón, 2002; Parascandola, 2003; Stedman, 1979.

Chancroid: similar to chancre, but possessing a lesser degree of malignancy. A term also used to characterize an epithelioma (tumor of epithelial nature) with tendency to harden, also referent to a malignant neoplasy (for instance, basal cell carcinoma and others). The term

chancroid is also used as synonym of the disease known as soft chancre.
(See Soft chancre).

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Charcot, Jean-Martin: French doctor born in Paris on November 29, 1825, in a family originated from Champagne. Considered the forerunner of modern nervous pathology, it was the first professor of this subject, assuming in 1872 the chair of the Faculty of Medicine of the University of Paris. He was also one the founders of the famous neurological clinic, La Salpêtrière (saltpetre quarry), a hospital thus called because it was inaugurated in a building that used to be Louis XIII's armament and gunpowder warehouse. Charcot's name is linked to a great number of discoveries, notably in the area of studies of the nervous system. His experiments with hypnosis for the investigation of hysteria attracted an enormous quantity of students to his classes. Among those of his disciples who became famous were Desiré-Magloire Bourneville, Joseph Jules Babinski, Pierre Marie and Sigmund Freud, who used the technique of hypnosis to investigate the psychological origins of neurosis. Charcot became interested in Parkinson's disease, the amyotrophic lateral sclerosis – known as "Charcot's disease" –, poliomyelitis and the tabes; he established the difference between hysterical and epileptic convulsions and the motor role of the ascendant frontal circumvolution of the brain. Jean-Martin Charcot was also vice-president of the Society of Biology (1860), member of the Academy of Medicine (1872), of the Academy of Sciences (1883) and of various other scientific societies. From 1890 on, his health began to fail and he suffered several attacks of angina. He died suddenly, during an attack of pulmonary aedema, on August 16, 1893, at Lac des Settons, Nièvre.
(See Charcot's Crystals).

Sources: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Larousse, 1998; www.87; www.118.

Charcot's crystals: collections of octaedric crystals formed by the protein of the membrane of an eosinophile, a granulocyte which stabilizes and preserves acid dyes and is associated to defensive and inflammatory processes of the organism. They are found in the spittle of individuals with asthmatic bronchitis, in the feces of patients with ulcerative colitis and in the blood of leukaemics. Friedrich Albert von Zenker (1825-1898) was the first to observe those crystals in 1851; two years afterwards they were concomitantly described by Jean-Martin Charcot and Charles-Philippe Robin (1821-1885). In 1872, Ernst Viktor von Leyden (1832-1910) studied them, and for this reason they are also called Charcot-Leyden crystals. Other denominations are Charcot-Robin crystals, asthma crystals and Arthus (Nicolas Maurice Arthus, 1862-1945) crystals.
(See Charcot, Jean-Martin).

Sources: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; www.87; www.118.

Charcot's crystals: collections of octaedric crystals formed by the protein of the membrane of an eosinophile, a granulocyte which stabilizes and preserves acid dyes and is associated to defensive and inflammatory processes of the organism. They are found in the spittle of individuals with asthmatic bronchitis, in the feces of patients with ulcerative colitis and in the blood of leukaemics. Friedrich Albert von Zenker (1825-1898) was the first to observe those crystals in 1851; two years

afterwards they were concomitantly described by Jean-Martin Charcot and Charles-Philippe Robin (1821-1885). In 1872, Ernst Viktor von Leyden (1832-1910) studied them, and for this reason they are also called Charcot-Leyden crystals. Other denominations are Charcot-Robin crystals, asthma crystals and Arthus (Nicolas Maurice Arthus, 1862-1945) crystals.
(See Charcot, Jean-Martin).

Sources: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; www.87; www.118.

Chlorosis: anaemic affection that seems commoner among young women, evidenced by greenish-yellow tainted skin and associated to disturbances of menstruation or generalized discouragement. It was called *Morbus virginum* in the Middle Ages (a concept inherited from Hippocrates), later *Morbus amatorium* and *Febris alba virginica*. Also known as chlorotic anaemia, chloranaemia and chloremia.

Sources: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Murray, 1910.

Chondrome: a benign tumor or growth, similar to the tumor of mesodermic cells that form cartilage.

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Chrysarobin: a mixture of substances found in "angelim-araroba" (*Vataireopsis araroba*), a native tree of Brazil, which produces pink flowers and ovoid pods; by grinding the bark, which envelops its high quality wood, the araroba-powder is produced. Also known as Goa-powder extract, chrysarobin is a complex mixture of products resulting from the reduction of chrysophanic acid, emodin and monomethylic ether of emodin. It was used as antiseptic and purgative, being also efficacious in the treatment of psoriasis, eczemas, skin diseases, especially those of parasitic character, as pityriasis versicolor, tinea tonsurans and eczema margunatum.

Sources: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.64.

Cocainum muriaticum **[$C_{17}H_{21}NO_4HCl$]**: or cocaine hydrochloryde. Chemical compound obtained from a treatment of coca paste, extracted from the leaves of the plant *Erythroxylum coca*, with chlorydric acid. It presents itself in the shape of colorless crystals or white crystalline powder. Soluble in water and alcohol, insoluble in ether, it may constitute a poisonous drug and cause dependence. The alkaloid cocaine was isolated for the first time in 1859 by the German doctor Albert Niemann (1834-1861), from Göttingen University. Only in 1880, the anesthetic properties were recognized by the Russian Vassili von Anrep, from the University of Würzburg. Initially utilized as local anesthetics during ophthalmic surgeries, cocaine chlorohydrate gained the support of medical doctors by the end of the 19th and beginning of the 20th centuries. Enthusiastic with the studies of Theodor Aschenbrandt, who had described the increase of physical resistance in Bavarian soldiers, during military manoeuvres, caused by that substance, the young neurologist Sigmund Freud (1856-1930) affirmed that regular small doses could be very successful in the treatment of depression and indigestion. In that time, cocaine was freely commercialized for medicinal use, being also administered as tonic, under the form of suppositories and expectorating pills.

Sources: Turner, 1950; www.7; www.201; www.232.

Coccidioidomycosis: a disease caused by fungi of the species *Coccidioides immitis*, also known as Posadas' disease, Posadas-Wernicke's disease, Posadas' mycosis, Posadas-Rixford's disease, Wernicke-Posadas' disease, coccidioidal granulome, California disease or yet desert rheumatism, San Joaquin fever, San Joaquin Valley fever or valley fever. It is caused by dust particles containing the arthroconidium of *Coccidioides immitis*, a fungus thriving in certain regions of the United States and Mexico (Arizona, New Mexico, western Texas and the San Joaquin Valley in California), in the lower part of the Sonoran Desert (covering the areas of southwestern Arizona, southeast California, and most of Baja California and western Sonora), in parts of Central America and Argentina. Natural disasters such as wind storms and earthquakes contribute to the appearance of the disease. Endemic areas are restricted to desert or semi-desert areas similar to those of northeastern Brazil, where some cases have also been reported. Farmers and soil laborers are more susceptible to the disease, for they have a greater probability of inhaling spores of *Coccidioides immitis*. A large part of individuals with the primary acute form do not show symptoms. When these occur, they begin to appear from one to three weeks after infection. Some individuals present the so-called desert rheumatism, a condition characterized by conjunctivitis, arthritis and nodular erythema. The disease occurs under the primary acute form, that is, as a slight pulmonary infection that disappears without treatment, or under the progressive form, as a severe infection that is disseminated through the entire body (bones, liver, spleen, kidneys, brain and meninges). In this case it is frequently fatal. Individuals with the progressive form are treated with antimycotic substances (amphothericin B intravenously or fluconazol orally). Up to now, the transmission from animals to men nor from men to men has not been recorded. The disease was initially diagnosed in Argentina by Robert Johann Wernicke and Alejandro Posadas in 1892. These physicians published independent papers describing the initial cadre of a fungoid mycosis with psorosperms. Surgeon Emmet Rixford observed another case of the disease in 1893; new cases were registered in California in 1894 and 1896, when the fungus was isolated from desert soil in San Joaquin Valley. The organism that causes the disease was named *Coccidioides immitis* and definitely characterized by William Ophüls and H. C. Moffit (1871-1933) in "A new pathogenic mould formerly described as a protozoan: *Coccidioides immitis pyogenes*: preliminary report", *Philadelphia Medical Journal*, 1900, n.5, p.1471-2.
(See Psorospermosis; South America blastomycosis).

Sources: Houaiss, 2001; www.19; www.29; www.34; www.38.

Coccidium: a genus of protozoans that parasite vertebrates and invertebrates. An unicellular being devoid of special organelles of locomotion, it attacks the intestinal epithelium, blood cells and other cells of the host. It forms a part of the Phylum Apicomplexa, one of the subdivisions of the Kingdom Protista, which includes other parasitic species to animals, whose life cycles include spore-or-cyst-forming stages.
(See Psorosperms; Psorospermosis).

Sources: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Collodium: a heavy, colorless liquid obtained from the dissolution of pyroxilline, or gun-cotton, in ether and alcohol. When spread over a surface, this viscid liquid forms a protective film after the evaporation of the solvent, explaining the expression "sublimated collodium" employed by Adolpho Lutz. It is used as a vehicle for local application of medicinal substances, to dress wounds, burns and ulcers, to avoid the occurrence of infection, and as a protector of slides, in the fabrication of covers impervious to air and special filters for the study of viruses.

Sources: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Condurango [Eagle vine]: designation common to certain species of climbing trees native of Central and South America. The bark of the species *Gonolobus condurango*, also known as *Marsdenia condurango* (family Asclepiadaceae), was used, in the past, in the treatment of cancer. The species of condurango native of Brazil, belonging to the family Vitaceae, *Vitis sulcicaulis* – popularly known as *chupão, cipó-d'água, cipó-mãe-boa, mãe-boa* – has a sarmentose stem, potable sap, astringent leaves, greenish flowers and edible fruit in the shape of an ovoid and black pod, with seeds.

Sources: Cardenal, 1960; Ferreira, 1999; Grant, 1944; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Condyloma: designation of several types of sexually transmissible, cutaneous or mucous membranes' lesions caused by viruses or bacteria, among which are to be mentioned the flat and humid papule of secondary syphilis, also known as *condyloma latum*. It assumes the shape of a rounded benign tumor, of a mollusciform wart, or of a papilliform excrescence, generally occurring in the anus, the vulva, or the glans of the penis. According to Murray (1910), condylomas were commonly found in connection with humidity and irritation due to corrosive secretions, especially those resulting from venereal infections. D'Elia (1916) differentiated between flat and acuminated condylomas.

Sources: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Cornil, André Victor: French doctor and politician, born in Cusset in 1837, died in 1908, in Menton (France). Representative, professor of the Parisian Faculty of Medicine, he was the author of papers on histology and bacteriology. In 1875, he wrote a report about the use of aniline dyes to recognize the amyloids, glicoproteic substances occurring as extra-cellular pathological deposits below the endothelium of capillaries or sinusoids, on the walls of small arteries and in several organs. With a metachromatic staining method based upon methyl-violet, Cornil was able to recognize the extra-cellular nature of these abnormal formations. In collaboration with Victor Babes (1854-1926), he published, in 1885, *Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses* (Bacteria and their relation to the pathological anatomy and histology of infectious diseases), a handbook of histopathology considered one of the landmarks of medicine in the 1800's.

Sources: Larousse, 1971; www.26; www.27; www.28.

Corrosive sublimate: the same as mercury chloride, mercury bichloride, mercury perchloride, corrosive mercury chloride. It is a caustic, toxic, inodorous, crystalline, white salt that was still used in the 1940's as anti-syphilitic drug, in

doses of 0.005 to 0.02 grams, per day, in solution, pills or subcutaneous injections. For external use, as antiseptic and parasiticide, it was prepared in solutions of one-quarter to 1 per 1000. Another source from the same time qualified corrosive sublimate as a component of Van Gieson's method of staining and of Zenker's liquid, a chemical compound used in the fixation of histological pieces. Murray (1910) related cases of poisoning by corrosive sublimate; although different opinions existed then as to the obnoxious or inoffensive qualities of the metal mercury when ingested, this author considered poisonous its soluble and volatile compounds, including the vapors of metallic mercury. In cases of acute poisoning by corrosive sublimate, the recommended antidote was albumin or albuminoids in any soluble form and the ingestion of milk and egg white the fastest possible. Due to the powerful local action of the poison in the stomach, stomach lavage was useless, but if vomit occurred naturally an emetic could be administered. The rest of the treatment consisted in alleviating pain through opiates, and thirst through demulcent drinks.
(See Syphilis; Van Gieson's staining).

Sources: Cardenal, 1947; Fernandes, 1943; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; www.11; www.137; www.95.

Creosote: an oily, volatile, pyrogenic liquid with a pungent odor, obtained from the distillation of pitch from the wood of certain plant species. Constituted by a mixture of several phenols (principally methylguayacol, guayacol and creosol), it is soluble in water, alcohol, ether or chloroform. It was used in medicine as antiseptic, local anesthetic and caustic. It was also used as an expectorant and against dental caries.
(See Guayacol).

Sources: Grant, 1944; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Croococaceae: a designation common to the Cyanophyceae ("blue algae") of the Order Chroococcales. They are constituted by simple, independent cells not differentiated at the base or apex. They multiply by simple cellular division and may, afterwards, remain united in colonies with a characteristic blade-like spherical shape. They include benthonic or planctonic species, some of them aerophytic, others forming part of lichens.

Source: Joly, 1977; Quer, 1965.

Croupous pneumonia: acute infectious disease caused by pneumococci. Characterized by fever, pains at inspirations, cough and ferrugineous or bloody spittle. It generally lasts for nine days, ending by a crisis with abundant perspiration. It affects one or more pulmonary lobes, for that reason also being called lobular pneumonia. The same as acute pneumonia, pneumococcic pneumonia, pleural pneumonia, pleuritic pneumonia and fibrinous pneumonia.
(See Pneumonia).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Crudeli, Corrado Tommasi: Italian doctor born in Tuscany in 1834, died in 1900. Disciple of Rudolph Virchow (1891-1902), Tommasi Crudeli is mostly known as one of the first cytologists of the 19th century, founder of two faculties of medicine in Italy, of the National Institute of Hygiene in Rome and a hospital in Sicily. He was also the author of the first sanitary reform of unified Italy. Professor of pathological anatomy in

Rome, he described, in 1879, with the German bacteriologist Edwin Klebs, *Bacillus malariae*, a microorganism found by them in the soil of the Roman countryside, which they considered the causative agent of malaria. Found in moist soil and in the air of low heights, it could be cultivated in fish gelatin. According to the two researchers, the injection of soil infected with such a microorganisms in rabbits produced malarial fever and spleen dilatation, reactions distinct from those noted in experiments with soil from malaria-free regions. It is also said that they would have verified that humans submitted to an injection of pure culture of *Bacillus malariae* developed the characteristic symptoms of the disease.
(See Klebs, Edwin).

Sources: www.127; www.180; www.224; www.203.

Crural hernia: the term hernia designates the total or partial shifting of one or more organs or anatomical formations from their normal site to another through the wall of the cavity containing them, or through a pathological orifice or yet an orifice that became pathological. Crural hernia, also known as femoral hernia, is the protrusion of abdominal or pelvic viscera through the crural channel, a fibrous conduct which, in Scarpas triangle, contains the femoral vessels. It may be small and asymptomatic, or with slight symptoms and then complicated in virtue of imprisonment or strangulation. The treatment, therefore, is necessarily surgical. As it is an affection accessible to touching, and easily detectable, knowledge about hernias dates back to Antiquity. They are mantioned in Ebers papyrus, 1500 b. C., and represented in very ancient Greek terra cotta pieces. In the first century a. C., Celsus performed several operations of inguinal hernia. In 1869 Joseph Lister practiced the first operation of a strangled hernia using antiseptic principles. The anatomical bases for the development of this type of surgery were established by Antonio Scarpa (1748-1832), Julius Germain Cloquet (1790-1883), Antonio de Gimbernat (1742-1790), Sir Astley Paston Cooper (1768-1841), Franz Kaspar Hesselbach (1759-1816) and, especially, by Eduardo Bassini (1844-1929).

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; www.154.

Cryptococcosis: known in the past as European blastomycosis, Buschke's disease, or yet Busse-Buschke's disease, it was also called torulosis, because its causative agent had as a synonym the name "histolytic torula". It is an acute, subacute or chronic infection related to a pulmonary, systemic or meningeal mycosis. The agent is *Cryptococcus neoformans*, an encapsulated yeast existing everywhere and which is generally inhaled. The primary pulmonary infection is frequently asymptomatic and may remain in the lung or develop into a chronic form with lesions in other organs of the body. Cryptococcosis is considered an opportunistic infection, as it mainly affects individuals suffering from immunodepression. The genus *Cryptococcus* comprises 37 species, but the greatest human pathogen is *C. neoformans*. Medical literature registers very few cases of cryptococcosis caused by other species (*C. albidus* and *C. laurentii*). The disease was described for the first time by Otto Busse and Abraham Buschke in Germany, in 1893. They at first recognized a tumor in the leg of a 31 year old female patient, but as pus was extracted from the bone lesion, doctors were able to identify the parasite in

microscopic examinations and in cultures, hence resulting the identification of the first case of cryptococcosis. The disease has already been sporadically observed in all domestic mammals, but it occurs especially in cats and dogs; in a few instances it has been reported in horses. It may cause the appearance of tumoral masses of mucoid aspect or lesions without increase of volume, but of a gelatinous consistence, in any part of the organism, with a marked preference for the brain and the meninges. Although cryptococcosis is called European blastomycosis, in 1934, Rhoda Behnam demonstrated that it is different from blastomycosis. (See *Cryptococcus neoformans)*.
Sources: Stedman, 1979; www.17; www.59.

Cryptococcus neoformans: one of 37 species of the genus *Cryptococcus*, which reproduce by budding and do not develop spores. *Cryptococcus neoformans* is an encapsulated fungus measuring from 4 to 7 micrometers, enveloped by a polysaccharide capsule whose thickness varies from 1 to 30 micrometers. The main causative agent of cryptococcosis (also known as European blastomycosis or torulosis), it attacks the skin, the lungs, and, principally, the brain and its membranes. *C. neoformans* was first isolated from peach juice, in Italy, by Francesco Sanfelice. Almost at the same time, two German doctors, Abraham Buschke e Otto Busse, isolated the fungus from lesions having the appearance of sarcomes. Sanfelice called that cryptogamic yeast *Saccharomyces neoformans*; Busse called it *Saccharomyces hominis*. The disease caused by the fungus would be called saccharomycosis. In 1895, the French pathologist Ferdinand Curtis described that fungus as a vegetable parasite belonging to the species of yeasts causing soft tumors in tissues, some of them of a myxomatous appearance. Curtis gave to that encapsulated yeast the name *Megalococcus myxoides*. In 1901, the French mycologist Jean-Paul Vuillemin transferred the species to the genus *Cryptococcus* (Greek *kryptos*, occult), due to the absence of endospores. (See Cryptococcosis; Saccharomyces).
Sources: Stedman, 1979; www.17.

Cryptogams: original designation of one of the two main groups in which Carl von Linné (1707-1778) divided Vegetable Kingdom, including algae, fungi, mosses and ferns. No longer employed as a taxonomic group, its subgroups are nowadays placed in different taxons. In common usage, however, the term may be used to designate any plant devoid of apparent sex organs, reproducing itself by means of spores or gametes instead of seeds.
Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; www.158.

Curschmann's spirals: helicoidal agglomerate found in the spittle of patients with asthmatic bronchitis, described by Heinrich Curschmann, from Leipzig (1846-1910).
Sources: Cardenal, 1954; Dorland, 1947; Stedman, 1979.

Danielssen, Daniel Cornelius: Norwegian doctor born on July 4, 1815, in Bergen. After graduating in medicine at Christiania University in 1839, he took specialized courses on physiology, chemistry and skin diseases, beginning his investigations on leprosy at St. Jorgens Hospital. In that institution he met Carl Wilhelm Boeck, in July 1840, and started working with him in the research of morphaea. Under the auspices of the Norwegian government, in 1847, they published *Om Spedalskhed* (On Leprosy), a reference work of modern literature about that disease. The father-in-law of Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), Danielssen diverged from his son-in-law about leprosy transmission. As Boeck, he defended the hereditary character of the disease, what did not prevent them of investigating other possibilities of transmission. Meanwhile Hansen, the discoverer of the leprosy bacillus, remained a decided defender of its contagiousness. Danielssen died in Bergen on July 13, 1894.
(See Boeck, Carl Wilhelm; Leprosy).
Sources: www.231.

Dematiaceae: a family of Fungi Imperfecti, order Monidiales, producing simple conidiophores (hyphae in whose apex spores are formed).
(See Fungi; Hypha).
Sources: Stedman, 1979.

Dermatomycosis: skin infection produced by parasitic fungi. The same as dermatophytia.
Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Digitalis: common designation for herbs of the genus *Digitalis*, family Scrophulariaceae, with about 19 species, native of Europe and the region extending from the Mediterranean to Central Asia. Its flowers are shaped like glove fingers, disposed in raised bunches, hence the Latin name of the genus. The commonest species, *Digitalis purpurea*, occurring in silicic soils, has purple flowers; that of calcareous soils, yellow ones. Plants of this species are known as *Digitalis* or foxgloves, and the powder obtained from their leaves is a cardiotonic that diminishes the heart's rhythm, regularizing and reinforcing its

contractions. Such properties are due to the glycosides that they contain (particularly digitalin). From the species *Digitalis lanata,* cardiotonics digoxin and lanatoside are extracted. Digitalic derivatives are employed in pills and drops for oral therapeutics or in injections (intramuscular or intravenous). The use of digitalin for heart diseases was introduced in 1785 by the British doctor William Withering.

Sources: Houaiss, 2001; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Diplococcus: a coconut-shaped bacterium whose elements group in pairs. (See Bacteria).

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Duhring's disease: chronic dermatological affection characterized by severe pruriginous lesions and extensive papulo-vesicular eruptions, which principally affect elbows, scalp, knees, buttocks, nape and upper part of the back. It indistinctly affects men and women in the proportion one to every 100,000 people, being commoner among whites than in negroes and less frequent in Asians. Spontaneous cure seldom happens, except in children. The re-incidence rate of the infirmity is very high, but the treatment associating sulphones and alimentary diet devoid of gluten produces satisfactory results. Some scholars consider Duhring's disease as a variation of the coeliac disease, whose more evident trait is the sensibility to oats, rye, corn and other cereals, in all its bearers. Also known as circinated herpetiform blister, Brocq-Duhring or Duhring-Brock's disease, herpetiform dermatitis, multiform dermatitis ou herpetiform hydroa. (See Brocq, Louis-Anne-Jean; Duhring, Louis Adolphus).

Sources: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.92; www.93; www.123; www.129.

Duhring, Louis Adolphus: North American dermatologist born on December 23, 1843, in Philadelphia, graduated from Pennsylvania University, where he also took his doctorate degree (1867). Before embarking to Europe (Paris, London and Vienna), where he specialized in dermatology, he worked at Bockley Hospital. In 1871, he became professor of skin diseases at Pennsylvania University. He had a very important role in the description of herpetiform dermatitis (1884) or Duhring's disease, also studied by William Tilbury Fox and Louis-Anne-Jean Brocq (1888). He died on May 8, 1913, in Philadelphia. (See Brocq, Louis-Anne-Jean; Duhring's disease).

Sources: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.92; www.93; www.122; www.123.

Echtyma: a dermatitis of erosive and ulcerating nature caused by streptococci. Commoner in undernourished individuals suffering from diabetes or with affected immunological system. It also occurs under precarious situations of hygiene or as a consequence of small traumas, under the form of unique or multiple bacterial ulcers covered by crusts with a preferential location in the legs. D'Elia (1926) reveals that the term "echtyma" was employed by Ancients to designate various dermatological affections or affections of uncertain definition (furuncles, mange, etc.). Murray (1910) and Landouzy & Jayle (1902) had already employed this term in its present meaning.
Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.94; www.130.

Eczema: general term designating an acute or chronic allergic affection of the skin, characterized by erythemas, aedemas, papulae, vesicles and inflammatory reaction with formation of crusts, followed by lichenification, descaling, and occasionally darkening of the erythema; hyperpigmentation is less frequent; but not rarely there is a sensation of itching and burning. The expressions dry dermatosis or scaly dermatosis are colloquially used as synonyms of eczema. During D'Elia's times (1926), a microbial origin was admitted for the disease, although its producing agent had not yet been discovered; it was then considered that its development was favored by constitutional alterations (lymphatism, scrofulas in childhood, uric diathesis, and other "dyscrasies" of adult age); by hindrances of the stomach, liver and kidneys causing modifications in the chemical constitution of the blood and humors; and, probably, by the "disarrangement" of the nervous system. Very frequently, one may still read in D'Elia (1926) that the disease had as a "determinant cause" the influence of external agents (irritating chemical substances, thermal or mechanic irritations, insalubrious jobs, etc.) and local hindrances of the circulation (varices).
Sources: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Efflorescence: elementary lesion of the skin; it may be primary (purple, pigmentary, vascular spots, exanthemas, papulae, urticary plaques, tubercles, gums, tumors, vesicles, blisters, pustules) or secondary (erosions, fissures, rhagades, lichenifications, ulcerations, crusts, etc.).

Sources: Larousse, 1971.

Eichstedt, Carl Ferdinand: German physician (1816-1892) who, in 1846, recognized the contagious nature of *pitiriasis versicolor* when, in the scales of lesions caused by that disease, identified its agent: a fungus, later called *Microsporum furfur*. Those investigations, made at the University of Greifswald, in Germany, began in 1842 and were part of the first mycological researches applied to medicine. (See Vesicular pityriasis).

Sources: www.60; www.63.

Empyema: Pus accumulation in any cavity of the organism, as, for instance, the pleural cavity, the bile vesicle, the cecal appendix and the maxillary antrum. When used without specification, it refers to pyothorax (pus in the pleural cavity).

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Entozoans: several groups of helminths. In ancient classifications, a taxon encompassing several endoparasitic animals, especially intestinal worms such as flatworms, trichinae, and roundworms (*Ascaris*).

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Erysipelas: also called in Portuguese *mal-do-monte, mal-da-praia, maldita* and *esipra*, is an infectious disease generally caused by *Streptococcus pygenes* group A, involving, in more severe cases, other types of bacteria (*Staphylococcus, Pseudomonas*). The etiological agent penetrates the organism through lesion caused by mycoses in the patient's nails (onichomycoses) or between his toes (in Portuguese "frieira", "pé-de-atleta"), scratches and skin boils, itching caused by insect bites, etc. The bacterium mostly thrives in the lymphatic vessels of the skin and may reach the subcutaneous cellular tissue. The agent of erysipelas was observed in the pus of deep lesions by the end of the 1870's by Louis Pasteur in France, and Robert Koch in Germany. Pure cultures were obtained from materials extracted from the teeth of persons affected with erysipelas in 1883 by Friedrich Fehleisen (1854-1924) and the following year by Anton Julius Friedrich Rosenbach (1842-1923). It was the first demonstration of the specific germ of a surgical infection. A Viennese surgeon, Theodor Billroth (1829-1894) was the author of the name *Streptococcus*. Rosenbach gave the variety isolated from suppurative lesions the name *Streptococcus pyogenes*. The classification was improved in 1903 by Hugo Schottmüller, thanks to the technique of culture in dishes with agar and blood, developed by him. From studies made at the Rockfeller Institute for Medical Research from 1918 on, Rebecca Craighill Lancefield (1895-1981) demonstrated that group A (*S. pyogenes*) is specific to human infirmities, and that group B is associated with neonatal diseases. She also demonstrated that the great variety of serum types within the first group is due to antigen variations of a protein of the cell wall which she called protein M. *Streptoccus pyogenes* is one of the most frequent pathogens of humans. It is estimated that from 5 to 15% of individuals harbor it without showing

symptoms of any disease. When the bacterium is introduced in vulnerable tissues, several types of suppurative infection of the respiratory tract, blood stream and the skin may occur, infections which were responsible for many deaths in Adolpho Lutz's times. Besides being the main agent of erysipelas, *Streptococcus pyogenes* is related to puerperal fever, scarlet fever, pharingitis, tonsilitis, impetigus, cellulitis and other infections, that may result in post-streptococcic aftermaths such as acute rheumatic fever and glomerulonephritis. Patients with chronic venous insufficiency or decrease in the number of lymphatic vessels have a higher predisposition to acquire erysipelas, as is the case of women submitted to mastectomy or bearers of lymphedema. Repeated bursts of erysipelas may cause *elephantiasis nostra*, with increase of volume of the affected place due to a persistent and hard edema, the skin acquiring a verrucose aspect. Erysipelas is most commonly located in the skin of the face or in the scalp, but, according to D'Elia (1926), it may attack other parts of the body, including the meninges. It is clinically characterized by strong fever, inflammation of the skin, with heat, redness and swelling of the skin and the nearby lymphatic glands, abundant serous sweat deposited in the skin tissue and in the subcutaneous connective tissue, ending in suppuration. Patients may show loss of appetite, agitation and pains in their joints. Treatment mainly consists of the use of penicillin and sulfas. Ancient sources attribute the disease to *Streptococcus erysipelatis*, qualified by D'Elia (1926) as a facultatively anaerobic micrococcus normally found in the air, water and soil and on the skin, mouth and duodenum. Epidemics of erysipelas, very common in the past, became rare due to the processes of sanitation and the appearance of antibiotics. However, more recently, and for reasons not yet clear, there has been a resurgence of severe infections by *Streptococcus pyogenes*, sometimes leaving serious sequels.
(See Streptococcus).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Erythema ou erythematous dermatitis: skin redness due to the dilatation of the cutaneous capillary vessels for several causes. As a rule, it is temporary, and momentarily disappears under the pressure of a finger.

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971.

Erythematous lupus: also called lupus, systemic erythematous lupus, disseminate erythematous lupus, superficial lupus, centrifugal ulerythema, Biett's disease, Cazenave's disease or centrifugal erythema. A chronic inflammatory disease of the skin of spectral nature, characterized by ulcerations or spots varying according to the specific type. Of slow evolution, it provokes fever, loss of appetite, articular and cutaneous manifestations, especially spots on the face similar to butterfly wings, that may spread and reach other organs. Lupus is a self-immune infirmity: the immune system attacks the cells themselves and the healthy tissues, by reasons unknown up to day. The disease presents three main forms: the chronic one there are only cutaneous lesions; the subacute form is characterized by more disseminated cutaneous lesions and by more acute clinical and histological aspects than those observed in the chronic discoidal phase; in the systemic or disseminated form there is commitment of vital

structures. The disease attacks principally young women, from the end of adolescence to the age of 30, and affects each person in a distinct form. Studies on erythematous lupus comprise three periods. During the classic period, descriptions of the cutaneous disorders that characterize the disease were made, by Thomas Bateman (1778-1821), disciple of the English dermatologist Robert Willan, in the beginning of the 19th century; by Ferdinand von Hebra and by Pierre Louis Alphée Cazenave (disciple of the French dermatologist Laurent Theodore Biett, 1781-1840) in the middle of the same century. The lesions of the form now called discoid lupus were described in 1833 by Cazenave, who employed the expression centrifugal erythema; the butterfly-wing-shaped facial lesions were studied in 1846 by Hebra, author of the first illustrated publication about erythematous lupus and other dermatological diseases, *Atlas der Hautkrankheiten* (Atlas of skin diseases, 1856-1876). The neoclassic period had its beginning in 1872, when Moritz Kohn Kaposi, Hungarian dermatologist (1837-1902), son-in-law and successor to the Austrian dermatologist Ferdinand von Hebra, described the systemic nature of erythematous lupus, distinguishing the discoid and the disseminated types. In his "Neue Beiträge zur Kentniss des Lupus erythematosus" (New contributions to the knowledge of erythematous lupus, *Archives of Dermatology and Syphilology*, 1872, v.4, n.36), Kaposi analyzed the various symptoms characterizing the latter form: subcutaneous nodules, arthritis with hypertrophy of the large and small joints, lymphadenopathy, fever, loss of weight, anemia and involvement of the central nervous system. The works undertaken by Sir William Osler (Canadian doctor, 1849-1919, Oxford), in Baltimore ("On the visceral manifestations of the erythema group of skin diseases – third paper", *American Journal of Medical Sciences*, 1904, v.127, n.1), and Josef Jadassohn (German dermatologist, 1863-1936) in Vienna ("Lupus erythematodes" in Mracek F., Ed., *Handbuch der Hautkrakheiten*, Wien: Alfred Holder, 1904, p.298-404), during the turn of the 19th to the 20th century, consolidated the knowledge about disseminated or systemic lupus. The modern period is inaugurated with the application of immunology to studies of erythematous lupus and the discovery, in 1947, of LE (lupus erythematosus) cells by R. J. Morton. In the following years, Malcolm McCallum Hargraves, a North American doctor, born in 1903, and his collaborators recognized those cells in the bone marrow of their patients with acute dissemination of erythematous lupus and affirmed that they were the result of phagocytosis of the free nuclear material. Other important advances in the study of lupus were the development of animal models and the recognition of the role of genetic predispositions for the development of the disease. Its prevalence amidst certain families was initially investigated by Johann Otto Leonhardt Heubner (German doctor, 1843-1926) in 1954 and later by Frank Cheryl Arnett (professor and head of internal medicine and director of the area or rheumatology at the University of Texas Medical School, in Houston), and Lawrence Edward Shulman (North American rheumatologist born in 1919), who published together "Studies in familial systemic lupus erythematosus" (*Medicine*, 1976, v.55, n.313). Nowadays molecular biology is revolutionizing the knowledge of the disease and it is hoped that researchers

may identify its etiological factors. Up to the end of the 19th century treatment of lupus consisted in the use of quinine, sometimes combined with salicillates. The treatment of systemic lupus was revolutionized by the discovery made by Philip Showalter Hench (North American doctor, 1895-1965) in the middle of the 20th century, that the adrenocorticotropic hormone – ACTH, and cortisone were effective drugs. Nowadays, corticosteroids are the basic drug in the treatment of the disease, and studies of new biological agents are under way, to try to obtain the cure for lupus.
(See Tuberculous Lupus).

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.1; www.2; www.35; www.67; www.69; www.73; www.74; www.75; www.76.

Ether: organic compound constituted by two hydrocarbon groups bound to the same oxygen atom. It results from the combination of an alcohol with an acid or other alcohol, with elimination of water. Under heat, sulphuric acid produces, with alcohol, sulphuric ether, also called ethyl oxyde, ethylic ether or common ether, whose formula is $(C_2H_5)_2O$. It is a colorless liquid with characteristic odor, light and volatile, very inflammable, boiling at 34º C. The paralyzing action upon the nervous system has conferred it anesthetic properties. Ether inaugurated modern anesthetics, together with nitrogen protoxyde, when it was employed in the United States around 1840, first in dental, and then in general surgeries. Once inhaled, ether provokes an accentuated muscular relaxation and allows ample oxygenation. The inconveniences of its use are its irritant action upon respiratory ways and kidneys, as well as the increase of intracranial pressure, rendering it counter indicated in neurosurgery. It is used as solvent and for other industrial purposes.

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004.

European blastomycosis: name used in the past to designate cryptococcosis. (See Cryptococcosis).

Fonte: www.17.

Faradization: therapy that uses electric current as inductor or stimulator of nerves and muscles. The Frenh doctor Guillaume Benjamin Amand Duchenne, called Duchenne de Boulogne, is considered the introducer of electricity in the diagnostic and treatment of neurological affections, with whose help he described and treated progressive locomotory ataxy (tabes), progressive muscular paralisies and other pathologies of the nervous system. The term faradization derives from Michael Faraday, English physicist and chemist (1791-1867), who created the theory of electrostatic induction and discovered electromagnetic induction (1831), providing the bases for James Clerk Maxwell's (1831-1879) theory of electromagnetism. According to D'Elia (1926), induced electric current acted in a special way upon muscular contractility and nervous excitation, giving results considered excellent in paralyses by central lesion.

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Favus: mycotic infection of the scalp caused by *Trichophyton schoenleinii*, sometimes also attacking nails and glabrous regions of the skin. Characterized by the formation of small purulent crusts similar to honey-combs, in whose center is found the parasitized hair. The infected hairs are easily breakable, atrophied and fall down very easily. The disease has been known since the Middle Ages. Its best description was made by Raymond Sabouraud (1864-1938). The etiological agent was discovered by the German doctor Johann Lukas Schoenlein (1793-1864), in 1839, for this reason being called *Achorion schoenleinii* by Robert Remak (1815-1865). Later on, a new classification of the fungi places *Achorion* as a junior synonym of *Trichophyton*, a genus related to *Microsporum* and *Epidermopphyton*. Also called in Portuguese "tinha favosa" or simply "favosa".

Sources: D'Elia, 1926; Fitzpatrick, 1971; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Weitzman & Summerbell, 1995; www.159.

Foliaceous pemphigus: a peculiar form of pemphigus characterized by a vesicular cutaneous eruption accompanied by descaling, with imperceptible pustulation. A crusty superficial epidermic lesion normally appears replacing ruptured blisters. Foliaceous pemphigus was described by Pierre Louis Alphée Cazenave (1795-1877) in 1844, being for this reason, it is also known as Cazenave's disease. Previously, two probable cases of the same infirmity had been described, the first of them by de la Motte, in 1772. (See Pemphigus).

Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.187; www.188.

Fowler's liquor, Fowler's arsenical liquor or, yet, Fowler's solution: a remedy conceived by the English doctor Thomas Fowler (1736-1801), constituted by arsenic acid, pure potassium carbonate (5 g), distilled water (500 g) and compound *Melissa* alcoholate (15 g). According to Littré & Gilbert (1908), the liquor contained the hundredth part of its weight in arsenic acid, or 0.01 grams of acid per gram of liquor. The posology was from 2 to 12 drops, several times a day. Fowler's liquor was used as tonic and in the treatment of infectious processes and cutaneous affections such as *lichen ruber* and psoriasis. Up to the first decades of the 20th century it was also employed in the treatment of leukemia. (See *Lichen ruber*).

Sources: D'Elia, 1926; Littré & Gilbert, 1908; Paulier, 1882; www.149; www.150; www.151.

Fowler's solution: See Fowler's liquor.

Framboesia tropica: See Yaws.

Fuchsin [$C_{20}H_{20}ClN_3$]: a variety of rosanilin-red dye, which electively fixes itself in certain elements, rendering easier their observation. It is employed in bacteriology and histology, especially under its ammoniacal form (Gram's method), which divides the bacteria into Gram-positive and Gram-negative, according to the greater or lesser fixation of the dye. It is also used in the textile industry for staining hides. (See Staining; Gram's method).

Sources: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Fungi: common designation for organisms belonging to the Kingdom Fungi, heterotrophic beings, especially saprophytic or parasitic, without chlorophyll, whose nutrition is effectuated by absorption. They grow in irregular masses, are devoid of roots, stem and leaves, reproducing sexually or asexually. They may exist as a simple cell, as in the case of yeasts, or form a multicellular vegetative structure called mycelium, constituted by ramified threads called hyphae. Fungi are usually encountered in moist environments or as parasites of plants, animals, and even man. The most widely known examples are molds and mushrooms. Some form are pathogenic, while others are used as food and in the production of antibiotics. During a long time fungi have been included in the group of lower plants and, in this condition, close to bacteria. By the end of the 19th century, both terms were practically considered equivalent, as well as the denominations microbe, germ and Schizomycetes. Notwithstanding this classification, fungi present a set of particular characteristics allowing their separation from plants: they do not synthesize chlorophyll, do not show cellulose in their cell wall (except for some aquatic fungi) and do not store

starch as a reserve substance. Besides, their cell wall is formed by chitin, the same substance enveloping the body of arthropods. Because of these and other differences, in 1969 they passed to be classified as a Kingdom apart. The Kingdom Fungi is constituted by six divisions, four of them having medical interest: Zygomycota, Ascomycota, Basidiomycota and Deuteromycota. In the last years, the introduction of new methods of analysis, particularly biotechnological techniques, produced many modifications in the classificatory system of fungi. The 1995 edition of the *Dictionary of Fungi*, a reference work for students of that subject, considers them distributed into three distinct kingdoms: Protozoa, where some pathogens are included, such as, for instance, species of the genera *Plasmodiophora* and *Spongospora*; Chromista, containing the Oomycota fungi; and the Kingdom Fungi itself, constituted by the so-called true fungi. One of the most significant changes was the transference of Oomycetes from the Fungi Kingdom to the Kingdom Chromista. According to specialists, the Oomycetes differ from true fungi by several structural, biochemical, physiological and molecular characters. Another important change was the extinction of the Class Deuteromycetes, formed by the so-called imperfect fungi (those whose sexual stage has not been identified). The recent modifications in the taxonomy of the fungi are still matter of dispute among specialists and new changes may occur with the introduction of more advanced techniques.
(See Bacteria; Mushroom; Hypha).

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Littré & Gilbert, 1908; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.144; www.145.

Fungoid mycosis: also called fungoid granuloma, ulcerating scrofuloderma, Alibert's disease, Alibert-Bazin's syndrome, fungoid fibroma, granulosarcoid, granulosarcoma and sarcomatoid granuloma. A rare and fatal disease, characterized by progressive and chronic reticulosis of the dermis, with proliferation of abnormal cellular elements, necrosis of liquefaction and invasion of the epidermis, with the formation of clear spaces containing mononucleate cells (Pautrier's abscesses). The commonest of limphomatous diseases attacking the skin, fungoid mycosis is characterized by the development of lichenoid plates, which become painful red and mild tumors, with a tendency to ulceration and expansion. It was first described by Jean-Louis-Marc Alibert (1768-1837), French dermatologist who, in 1835, called it fungoid mycosis due to the shape of the tumors, which resemble mushrooms, and not at all due to his intention of stressing a fungal etiology whatsoever. Though unfit, the name is maintained due to its historical antecedents.
(See Bacteria; Mushroom; Hypha).

Sources: Cardenal, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.59.

Furunculosis: staphylococcal abscess caused by *Staphylococcus aureus*, characterized by the synchronic and consecutive appearance of furuncles. An extremely acute and painful infection, limited to the sebaceous hair follicles, assuming the shape of an abscess in the central part of the swollen region, which disappears at variable intervals. It habitually occurs in the armpits, the buttocks and the nose.

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; www156.

Goa powder: See Chrysarobin.

Gieson, Ira van: histologist and bacteriologist from Nova York (1865-1913).
(See van Gieson's staining).
Source: Stedman, 1979.

Gilchrist, Thomas C.: North American doctor (1862-1927).
(See North American blastomycosis).
Source: Stedman, 1979.

Glossy skin or *atrophoderma neuriticum*: a condition following the inflammation and lesion of trophic nerves, in which the skin, generally of the hands, presents erythemas and assumes a glossy, grayish color. It may manifest itself in association with alopecia, fissures and ulcerations of the skin. Also known as glossy skin, atrophoderma neuriticum or glossy atrophy of the skin.
Sources: Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.71; www.72.

Gougerot, Henri: French doctor (Saint-Ouen, Seine, 1881 – Paris, 1955), professor of cutaneous and syphilitic diseases at Saint-Louis Hospital from 1928 a 1952. Author of important papers on cutaneous mycoses (sporotrichosis), microbial dermoepidermites, allergy, and syphilis treatment and prevention.
(See Sporotrichosis; Syphilis).
Source: Larousse, 1971.

Gram's method: a technique of histological coloration developed by the Danish doctor Hans Christian Joachim Gram (1853-1938). Employed in the study of pathogenic microorganisms, it is the most popular method for the classification and identification of bacteria. It is based upon the greater or lesser retention of certain dyes in the interior of the bacterial cell due to the structure and chemical composition of its cellular wall. In the beginning of the process, bacteria are submitted to a staining by gentian-violet and afterwards to a solution of lugol. After discoloration

in alcohol, the microorganisms are rinsed, counter-stained with safranin, again rinsed and then dried. Those that retain the acquired coloration are classified as Gram-positive, those which do not are called Gram-negative.
(See Fuchsin; Staining).

Sources: D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Nosso Século, 2002; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Guayacol: a substance derived from creosote, which in turn is extracted from beech trees (common designation for trees of the genera *Fagus* and *Nothofagus*, family Fagaceae), used in a large measure in the treatment of pulmonary tuberculosis and local antiseptic. Some of its derivates were also used in the treatment of typhoid fever (guayacol carbonate), rheumatism and intestinal affections (guayacol salicilate). It also served as an expectorant.
(See Creosote).

Sources: Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Gummatous lymphagitic sporotrichosis: the same as Schenck's disease.
(See Sporotrichosis).

Source: Stedman, 1979.

Gynocardic acid: substance constituted by the mixture of fat acids extracted by saponification from chalmoogra oil. Of a pasty and crystalline aspect and yellow color, it is soluble in alcohol, ether, chloroform, benzine, etc. It was employed in the beginning of the 20th century in the treatment of leprosy, psoriasis, eczema and lupus. Applied by means of subcutaneous injections, it seemed to be more efficient than the oil and better tolerated by patients. According to Cardenal, it is the oil extracted from *Gynocardia odorata*, a plant belonging to the family Bixaceae. Hackh, by his turn, presents it as the product of a mixture of acids from chalmoogra oil with non-saturated acid extracted from *Gynocardia odorata* seeds.

Sources: Cardenal, 1954; Grant, 1944; Littré & Gilbert, 1908; Parascandola, 2003.

Hard chancre: typical lesion due to primary syphilis, characterized by hard and painless ulceration, generally located on the genital region. It starts developing during the first phase of the disease, which goes from the development of the chancre itself up to the surging of the eruption. It generally begins about a month after contagion and abates spontaneously within three to five weeks. For a long time, clinical manifestations of syphilis were identified with those of gonorrhea. In 1838, French dermatologist Phillippe Ricord (1800-1889) established the differences between the two diseases and defined the primary, secondary and tertiary stages of syphilis. Also called syphilitic chancre or primary lesion.
(See Syphilis).

Sources: Bier, 1957; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992; www.164.

Hebra, Ferdinand Ritter von: born in Brünn, now in the Czech Republic, on September 7, 1816, he graduated in Medicine at the University of Vienna in 1841 and became assistant of Josef Skoda (1905-1881), one of the masters of Viennese clinical medicine and responsible for the section of thoracic diseases at the Allgemeines Krankenhaus (General Hospital), a section that, curiously enough, had an infirmary for skin diseases. Hebra dedicated himself initially to the study of mange. He supposed at first that it was a systemic disease, but soon verified that it was caused by a mite. He published his discovery in *Über die Krätze* (1844). Making experiments with irritants, such as croton oil, which, rubbed upon the skin, gave place to an eczema, Hebra observed that any inflammatory process could be produced by external factors, a fact proving the existence of specific pathological alterations of the skin, unexplainable at the light of general pathology. Without denying the existence of systemic diseases, he started to grant a great importance to local factors in the production of cutaneous diseases, deviating from the constitutionalist theories maintained by

the French school. He thus denied the humoral theory to explain the cause of those infirmities, calling attention to the role played by microorganisms. Hebra had been a student of Karl von Rokitansky (1804-1878), one of the founders of modern pathological anatomy, whom he succeeded in the presidency of *Wiener Akademie der Wissenschften* (Vienna Academy of Sciences). He applied Rokitansky's methodology in dermatological studies and in 1845 proposed a new classification of skin diseases, distributing them in 12 main categories. The system he created became an obligatory reference among dermatologists and was kept in use for almost a century. Notwithstanding the importance of his studies of pathological anatomy, it was in clinic that he left his greatest contributions. Hebra was the first to describe rhinoscleroma (1872), herpetiform impetigo (1872), *lichen acuminatus*, *lichen scofulosorum* and the itch bearing his name (Hebra's itch). He contributed to a better characterization of several other diseases, among them *eczema marginatum* and various types of xanthomas and pemphigus. He also established the nature of urticary and itchings as internal diseases. The two most important works of Hebra were the monumental *Atlas der Hautkrankheiten* (Atlas of skin diseases), with plates prepared by Anton Elfinger, and the *Lehrbuch der Haurkrankheiteb* (Manual of skin diseases), completed by Hungarian Moritz Kaposi, a work consecrating his reputation and considered by many as the bible of dermatology. In a time when this specialty was beginning to be constituted, Hebra helped to consolidate the Vienna University into the foremost center of dermatological studies in the world. Thanks to the course he taught at the Faculty of Medicine and also in his own clinic, a new generation of dermatologists arose, under the leadership of equally brilliant doctors such as Moritz Kaposi (1837-1902), his son-in-law and successor at the chair of dermatology in Vienna; Heinrich Auspitz (1835-1886); Isidor Neumann (1832-1906); Filip Joseph Pick (1834-1910) and Paul Gerson Unna. His son, Hans von Hebra, was also professor of dermatology and one of the founders, together with Oscar Lassar and Unna, of *Monatshefte für praktische Dermatologie*, the first dermatological journal of Germany, and, for a long time, one of the main divulgers of that specialty in the world. Ferdinand Hebra died in Vienna on August 5, 1880.
(See Lichen; *Lichen Acuminatus*; *Lichen ruber*; Scabies; Rhinoscleroma).
Sources: Carneiro, 2002; Freedberg, 1999; Olpp, 1932; www.31; www.57.

Hektoen, Ludwig: North American pathologist, born in Westby, Wisconsin, on July 2, 1863. He graduated in 1882 at the Faculty of Physicians and Surgeons of Chicago, of which he was a professor from 1892 to 1894. He also taught at Rush Medical College (1895-1933) and headed the Department of Pathology of Chicago University, in which he worked from 1901 to 1932. Hektoen was the first to produce blood cultures from living patients. He suggested that the reaction to blood transfusions could be avoided if the donator and the receptor had compatible blood types. He dedicated many years of research to cancer. He was a member of several national and international medical societies and the editor of medical journals, including *Journal of Infectious Diseases* and *Archives of Pathology*. He was also president of Chicago Societies of

Medicine (1919-1921) and Pathology (1898-1902). In 1915 he founded the Chicago Medicament Institute, and died in that city on July 5, 1951.
Sources: www.36; www.146.

Herpes: from the Greek verb *herpo*: to reptate, to move laboriously. It designates, in a general way, several inflammatory dermatoses caused by *Herpesvirus*, characterized by the eruption of vesicles on the skin and mucous membranes, which, when ruptured, provoke pain. There are two kinds of simple herpes virus: types 1 and 2. Type 1 produces small vesicles generally appearing near the mouth, called labial herpes of fever blisters. Type 2 is associated to a sexually transmissible disease producing painful ulcerations in the sexual organs. The *herpes zoster*, commonly known as shingles, is caused by the same virus of chickenpox (varicella), the *Herpesvirus varicellae*. The lesions caused by herpes virus dry out and disappear in about two weeks, but the virus keeps housed in the nervous cells and may cause a relapse of the disease in occasions of physical or emotional stress. Before Robert Willan (1757-1812), an English doctor considered as one of the founders of dermatology, the term herpes was used to designate non-contagious and hereditary, chronic skin diseases, distinguished either by their persistence or the reptating course over the skin, or yet by the sensation of itching. Willan himself gave the name herpes to a benign skin disease with acute course, manifested through great groups of vesicles in the shape of corn grains or lentils, filled with a clear liquid. According to Willan, the disease never attacked large tracts of the body, localizing itself at certain points and ended up spontaneously with the cure, leaving or not scars after the drying up of the vesicles and the fall of the crust. In the 1920's this concept was generally accepted, except for the different way of aggregating the several types of herpes. In that time, labial and febrile facial herpes, genital or pro-genital herpes and *herpes iris* were already distinguished.
Sources: Carneiro, 2002; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902.

Herpes tonsurans: also known as tinea, tinea descalvans, tinea tonsurans, Saint-Aignan's disease, serpigo and head trichophytosis. Herpes tonsurans is a part of a group of diseases generically known as tinea, caused by parasitic fungi and characterized by the infection of the skin of the scalp and its appendices. The disease habitually presents itself under the form of scaly areas and alopecia (total or partial loss of hair) with black dots indicating the break of hairs, which is a consequence of an affection of the intrafollicular part of hairs, which break up at the point of emergence. Then, circular plates, sometimes confluently organized, take place. They come in variable numbers and sizes, pinkish at first, grayish-white afterwards, scaly, rarely pustular or crusty. The dotted region of broken hair stumps is sometimes intermingled with apparently normal hair tufts, giving the impression of tonsured areas. Among the common genera of fungi that cause this kind of infection are to be mentioned *Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton* and *Keratinomyces.* Tinea tonsurans is also called trichophytic when caused by fungi of the genus *Trichophyton* (species *tonsurans, mentagrophytes*, and, more rarely, *violaceum* and *verrucosum*). It is microsporic when caused by species *canis* and *gypseum* of the genus *Microsporum. Microsporum audouini*, which only attacks humans, is common in cold and temperate countries and

may sometimes be found in the southern states of Brazil. Microsporic tinea tonsurans disappears spontaneously when the child reaches puberty, but the trichophytic one, especially that produced by *T. violaceum*, may persist up to the age of fifteen to twenty, or more. The increase of fungistatic fat acids of the sebaceous secretion of the scalp, as a suit of endocrine modifications, explains why the affected regions are rendered inhabitable for these species. Treatment of tinea is made with microcrystalline griseofulvin, in pills or suspension. Topical treatment is almost unnecessary, but may help cure and prevent infections during treatment. Since the beginning of the 20th century, the name "tinea" came to designate several affections of the scalp: eczema, psoriasis, herpes tonsurans, etc. Nowadays, herpes (having nothing to do with herpes tonsurans) generically designates several inflammatory dermatoses caused by herpesvirus. The expression *herpes tonsurans maculosus et squamosus* has been used by Hebra as a denomination for the disease now known as pityriasis rosea.
(See Herpes; Pityriasis circinata marginata; *Microsporum).*

Sources: D'Elia, 1926; Freedberg, 1999; Houaiss, 2001; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Herrick, James Bryan: North American doctor born in 1861, in Oak Park, Illinois, died in 1954, in Chicago. He concluded his studies in 1888, at Rush Medical College, where he was professor from 1900 to 1927. He also worked at Cook County Hospital and at the Presbyterian Hospital of Chicago. He began his practice as general clinic, but soon developed an interest in internal medicine, particularly in cardio-vascular diseases. Herrick was the first to describe coronary thrombosis and to identify it as the origin of many heart attacks. He discovered sickle-shaped anemia in 1910 and carried out many important studies in this area. President of several medical associations, he was awarded the American Medical Association's Distinguished Cross.

Sources: www.36; www.37; www.38.

Hirsch, August: doctor and historian of medicine born in Danzig, at that time in Prussia, on October 4, 1817. Recognized as one of the great names of medical geography, he took part in several expeditions to study, from a global perspective, the distribution of various diseases, such as plague, cholera and cerebrospinal meningitis. In his studies about rachitism, for instance, he established its relation with cold and wet climate, affirming that the disease could not exist under tropical and subtropical climates. Among his main works are to be mentioned *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* (1881-1886, Manual of historico-geographic pathology, 3 volumes), *Geschichte der medizinischen Wissenschaften in Deutschland* (1893, History of medical sciences in Germany) and *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten* (1884-1888; 1929-1935, Biographical encyclopædia of illustrious doctors from all times, 6 volumes), of which he was the editor. He died in Berlin, where he still taught, on January 28, 1894.

Sources: Lello, 1942.

Hydrated Chloral or Chloral Hydrate [$Cl_3CHO(OH)_2$]: an extremely toxic substance, irritant to mucous membranes, employed in the production of dichlorophenyltrichloretane,

the insecticide more commonly known as DDT. Discovered in 1832, it is obtained from the combination of chloride with alcohol. When water is added, it changes into choral hydrate, used as soporific.

Sources: www.82; www.88; www.89.

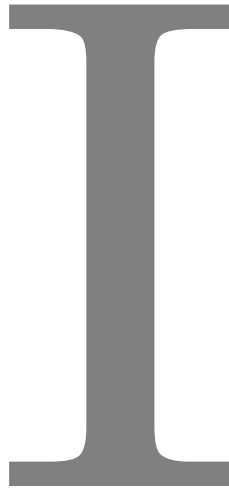
Hydrochloric acid [HCl]: hydrogen chloride or yet muriatic acid, it is used in medicine as a caustic agent and in cases of achlorydria (absence of hydrochloric acid in the gastric juice). By the end of the 19th century, it was often used in the treatment of skin ulcers, in cases of stomatitis resulting from mercurial treatment, aphtha, candidiasis, dyspepsia, stomach atony, tuberculosis and liver affections.

Sources: Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Hypha: structural unity of the vegetative body or mycelium of most fungi, forming simple or ramified filaments, divided or not by transversal septa. In many types of fungi the mycelium grows below the surface of the matter from which they feed.
(See Fungi).

Sources: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Silveira, 1981.

Hyphomycetes: a class of imperfect fungi found in aquatic or terrestrial habitats, provided with well developed mycelia, among which are included molds, some of them pathogenic.
(See Fungi).

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001.

Ichthyosis: hereditary dermatosis characterized by hypertrophy of the horny layer of the skin, which provokes a desiccation of epidermis, which then loosens scales similar to those of fish. Since the end of the 19^{th} century, distinct forms of ichthyoses are known, among them the simple, the serpentine and the hystrix ichthyoses. The first description of the disease was made by Robert Willan (1757-1812), in 1808.

Sources: D'Elia, 1926; Fitzpatrick, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.211.

Iodine: a solid and scintillating chemical substance from the family of halogens, atomic number 53, symbol "I" and electronic configuration $[Kr]4d^{10}5s^{2}5p^{5}$, volatile when heated. It was accidentally discovered in 1811 by the French chemist Bernard Courtois (1777-1838), in charge of the production of potassium nitrate for the armies of Napoleon Bonaparte. His process was based upon the transformation of calcium nitrate original from saltpeter mines into potassium nitrate, through the potash obtained from the ashes of marine algae. Using sulphuric acid to extract the impurities of those ashes, Courtois detected the presence of a tenuous smoke that condensed itself and corroded copper objects. Later on, Joseph Louis Gay-Lussac (1778-1850) identified such a substance as a new chemical element, which he called iodine, a word derived from the Greek *iodès*, meaning "violet". Iodine is amply found in nature, associated to sodium in seawater residues, in sponges and marine plants. It is also present in the flesh of fishes, vegetables and fruits (pineapple, watercress, leek, prune and onion, for instance), and a few minerals such as laurite and calcium iodide, principally extracted from Chilean deposits of nitrates. In man, iodine is deposited in the thyroid gland. Its foremost application in medicine is as topical antiseptic, more commonly known as "iodine tincture" (2% iodine with 2.4% sodium iodide in alcohol at 50%). It is used internally in cases of

scrofulism (lymphatic tuberculosis), ganglionic hypertrophy, rachitis, syphilis and problems in both serous and mucous membranes. [F1]. There is yet radioactive iodine (isotope I 131), most efficient in the diagnostic of thyroid cancer. Other applications of iodine and its sub-products are: contrast material for photography, for X-rays, alcoholic iodides, iodoform, machine oils, and yet as raw material in the production of metals such as hafnium, silicon, titanium and zirconium. Researches on iodine action upon animal organism became particularly important from 1895 on, when its relation with the thyroid was revealed. It did not take long to verify that the cause of goiter was related to problems of absorption and fixation of iodine in that gland, leading to an abnormal functioning of it (hyperthryroidism). Because of that, in mountainous regions of Europe far from the sea, where the incidence of goiter is common, it is regular practice to add a small portion of iodine to kitchen salt to compensate for this insufficiency in the alimentary diet. Indispensable to global metabolic functioning, iodine is influential in the composition of thyroxin and triiodothyroxin, hormones of the thyroid gland that act upon renal and respiratory functions, muscles and bones, the cardiovascular system and nervous system (thermogenesis). The lack of iodine in childhood and adolescence may interrupt or retard osseous development (rachitis). In that phase, the reduction of the thyroidean activity may also provoke severe physical and intellectual disturbances known as cretinism. The slightest effects of hyperthyroidism are cutaneous (swollen eyelids, dried integument), muscular (anenergy and cramps), neuropsychic (apathy, slowness in thinking), as well as amenorrhea, anorexia, dyspepsia, hypothermia and sexual impotence. The use of iodine in medications must be extremely careful, as its prolonged use or its use in excessive doses cause poisoning (iodism). Iodized substances used for contrast in clinical analyses may provoke skin rash and other allergies. As a preventive measure against anaphylactic shocks due to intravenous urographies, all the necessary tests of sensibility to iodine should be made. Several types of medication have iodine in their formulation: antialgics, antiarrhythmics, antiasthmatics, antigouts, antihypertensors, external and intestinal antiseptics, bronchial dilators etc.
(See Iodide Tincture; Syphilis).

Sources: Cardenal, 1947; Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Koogan-Houaiss, 2004; Paulier, 1882; www.102; www.109; www.110; www.111; www.112; www.113; www.114; www.115; www.138.

Iodide tincture: a solution obtained by diluting iodine in alcohol. Chemical element of the halogenes family, represented by the symbol I and atomic weight 53, iodine, in high concentrations, is poisonous and may cause serious damages to the skin and tissues. Diluted in alcohol it has been used in medicine as antiseptic. According to Paulier, by the end of the 19th century iodine tincture was principally employed for its revulsive properties, being rubbed or applied with cotton over the skin.
(See Iodine).

Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Iodoform [CHI_3]: a substance, now in disuse, developed in 1822 by the French pharmacist and chemist Georges-Simon Serullas (1774-1832), iodoform presents itself in crystallized

form as shining sulphur-yellow pellets that evaporate at room temperature and volatilize with vapor. It contains 96% of iodine in its formulation, having a pungent and unpleasant smell. Used as topical anesthetics and antiseptic of prolonged action, it has antimicrobial effect upon mucous membranes reducing the secretion of lesions. A result of the reaction of iodine with alcohol and some alkaline metal, it may be prepared as oil, paste or hydrosoluble substances such as distilled water or physiological serum. In the past it was very much used in endodontic treatments of channels, but was progressively abandoned because of the toxic properties of iodine, its unpleasant smell and taste, and because it changes the color of teeth.
(See Iodine).

Sources: Cardenal, 1947; Hawley, 1950; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Koogan-Houaiss, 2004; Paulier, 1882; www.116; www.117; www.124; www.177.

Kanaka: native or inhabitant of Hawaii. It also designates natives from New Caledonia and other islands of Melanesia, in the Pacific Ocean.

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Webster, 1971.

Kaposi, Moritz Kohn: Hungarian doctor born in Kaposvár, on October 23, 1837. After his graduation at the Faculty of Medicine of Vienna, in 1861, he was named assistant of Ferdinand von Hebra (1816-1880), a famous Austrian dermatologist, with whom he worked from 1862 to 1867. A prolific writer, Kaposi made several original contributions to dermatology, dedicating himself to the clinic, pathologic and therapeutic aspects of diseases with cutaneous manifestations. He was especially interested in lesions caused by syphilis in the skin and mucous membranes, as well as in the etiology and treatment of that disease. He undertook studies of *dermatitis herpetiformis* (first described by von Hebra), *lymphoderma perniciosa* and *lichen ruber moniliformis*, diseases characterized by him as specific entities. Together with Hebra and other dermatologists he produced descriptions of *lupus erythematosus* of the skin, of rhinosclerome and rhinophyma, besides publishing papers on dermatology ("On diseases of the skin, including the exanthemata", 1866-1880; "Lehrbuch der Hautkrankheiten", 1874-1877). In 1875 he assumed the chair that had been occupied by his master at the University of Vienna and in 1879 was named director of the dermatological clinic of the same city. Married to Hebra's daughter, who was a catholic, Moritz Kohn, a Jew, adopted the surname Kaposi as a homage to his birthplace. Among the various eponyms associated with the Hungarian doctor, Kaposi's sarcoma must be mentioned, a rare type of cancer described by him in 1872, nowadays associated with Aids. Kaposi died in Vienna on March 6, 1902.
(See Erythematous lupus; Hebra, Ferdinand Ritter von; Lichen).

Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.190.

Kava-kava: popular name of an herb of the family Piperaceae, whose scientific designation is *Piper methysticum*. The powder prepared from its roots has aphrodisiac, analgesic, anesthetic (local), tranquilizing, anti-convulsive, anti-depressive, anti-inflammatory, spasmolythic, narcotic and relaxing properties. Prohibited in certain countries (e. g., France), it is indicated for states of agitation, anxiety, depression, stress, insomnia and tension. The use of *cava-cava* must be avoided in cases of Parkinson's disease, pregnancy, milk-feeding and by users of anti-depressives, anxiolythics, anti-psychotics or other substances that cause depression of the central nervous system (hypnotics, sedatives, etc.). The use of high doses for a long period of time may result in inflammation of the body and eyes. Initially, it has a stimulant effect, but leads to depression and even to the paralysis of the respiratory system. It may also provoke severe damages to the liver. It was prescribed during a long time for the treatment of gonorrhoea, incontinence, vaginites and other diseases.
Sources: www.103; www.131.

Kimball, John Hancock: North American doctor born on July 9, 1832, in a part of the state of Maine later on annexed to Bridgton, where he died on June 20, 1902. After he graduated in Medicine at Harvard Medical School in 1857, he participated in the North American Civil War (1861-1865), having been twice recruited as army surgeon of the Union. Accompanied by his daughter he arrived in Hawaii on June 11, 1882. In October of that same year he was named doctor of the U. S. Government for the Hilo district, where he remained until May 1888. Transferred to Honolulu, he became responsible for the dispensary of the Hawaiian capital, which he did until January 1890, when he was made president of the Health Council of the Kingdom of Hawaii. He resigned after nine months of work, returning to the United States in the beginning of 1891.
Sources: www.193.

Klebs, Edwin: German doctor and bacteriologist born in Koenigsberg on February 6, 1834, died in Bern on October 23, 1913. Famous for his original observations on infectious diseases, based on bacteriology, he conducted researches on tuberculosis, malaria, anthrax and syphilis. In 1879, together with Italian doctor Tommasi Crudeli, he described *Bacillus malariae*, a microorganism they considered to be the cause of malaria. Klebs became especially notorious for his description of the bacillus of diphtheria, in collaboration with Friedrich August Johannes Löffer, in 1884. Assistant of Rudolf Virchow (1821-1902) at the Berlin Institute of Pathology between 1861 and 1866, he lectured pathological anatomy in several European universities and, from 1896 on, at Rush Medical College in Chicago. Besides monographs and articles, he published a handbook on pathological anatomy (1869-1876) and a treatise on general pathology (1887-1889).
(See Crudeli, Tommasi Corrado).
Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; www.165.

Koch's Lymph: sterile liquid extracted from a culture of tuberculosis bacilli, employed in the diagnostic of that disease. Also called tuberculin, it was used, without success, by Robert Koch (1843-1910) in the treatment of tuberculosis.

(See Tuberculosis).

Sources: Houaiss, 2001; Larousse, 1971; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Koebner, Heinrich: German dermatologist (1838-1904), considered the founder of clinical dermatology in universities and the pioneer of dermatology in Breslau (Prussia). He has his name associated to a phenomenon he described in 1872: the isomorphic reaction or effect, also known as Koebner's phenomenon, occurring in certain types of dermatoses, principally psoriasis, as a response to traumas such as excoriations, burns, pressure upon the skin, originating typical lesions in the affected parts.

Sources: Stedman, 1979; www.192; www.191; www.174; www.208.

Laudanum: generic name of a medicament, widely used in Adolpho Lutz's times, which has opium as its base element and, due to its sedating properties, it is used in external applications and sometimes internally. Without further qualification, it designates the formulation created by the English physician Thomas Sydenham (1624-1689), a wine or tincture of opium composed by officinal opium (200 g), saffron (100 g), cinnamon (15 g), clove (15 g) and Grenache's wine (1,600 g).

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Pinto, 1949.

Leloir, Henri Camille Chrysostôme: French dermatologist who was born in Tourcoing on November 30, 1855 and died in Paris on June 18, 1896. He studied first at the Faculty of Medicine at Lille and later in Paris, where he obtained his doctorate in 1881. He is principally recognized for his researches on cutaneous tuberculosis, trophodermatoses – dermatoses due to problems of nutrition of the skin – and leprosy, which he studied in Norway, Italy and southern France. He was one of the defenders of leprosy transmission by means of inoculation of its agent by mosquitoes, as he believed that the epidermis and the hypodermis constituted barriers to the entrance of the microorganism that caused the disease, preventing direct contagion through simple contact. Head of Saint-Louis Hospital clinics in 1882, he lectured dermatology and syphilis in Lille, under the condition of *professeur agrégé* from 1884 on, being named professor of the faculty the following year. Leloir's disease, also kbown as *lupus vulgaris erythematoides,* is a form of cutaneous tuberculosis keeping some resemblance to *lupus erythematosus.* (See Leprosy; Tuberculous Lupus).

Sources: www.178; www.204.

Leprosy (Hanseniasis): in Portuguese also called *hanseníse*, *elefantíase-dos-gregos*, *gafa*, *gafeira*, *gafo*, *guarucaia*, *lazeira*, *macota*, *macutena*, *mal*, *mal-bruto*, *mal-de-cuia*, *mal de Hansen*, *mal-de-lázaro*, *mal-de-são-lázaro*, *mal-do-*

sangue, *mal-morfético*, *morféia*. In Brazil, the substitution of the word "lepra" by "hanseniasis" was initially proposed in the 1970's, in the State of São Paulo, in the belief that this would help to undo the millenary stigma conferred upon sufferers of that disease. The proposal was rendered official by the federal government by means of Decree 76078, of August 4, 1975, which also altered the denomination "Divisão Nacional de Lepra" to "Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária" and of "Campanha Nacional contra a Lepra" to "Campanha Nacional contra a Hanseníase". Twenty years later, through Law 9010 of March 29, 1995, it was determined by the federal government the substitution of the term "lepra" and its derivates in the language employed in official documents of the centralized and decentralized administration of the Union and its member States. A chronic, infecto-contagious disease, curable since the years 1940-1950, it is caused by Hansen's bacillus (*Mycobacterium leprae*), a microorganism identified by the Norwegian doctor Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912), in 1874. It manifests itself by means of anesthesic cutaneous lesions and neuritical disturbances, evolving, according to the patients' resistance, either to spontaneous regression or to the progressive worsening of the clinical cadre, with gradual engagement of the skin sensitive nerves and nervous trunks, of the nasal and otopharyngolaryngeal mucous membranes, eyes and viscera. The transmission of the disease still holds obscure aspects, but it is admitted that it occurs, according to some physicians, mainly under conditions of prolonged and intimate contact: the bacilli eliminated by means of spittle, nasal mucus and ulcerated lesions may reach the skin or the mucoses (mainly the nasal ones) of healthy persons and penetrate the organisms through chinks there present. The infection by the bacillus, however, does not necessarily imply the acquisition of the disease, which depends on the degree of resistance of each individual and from peculiarities of Hansen's bacillus: high infectivity and low pathogenicity, that is, the capacity of infecting a large number of people, but of developing as a disease in a small number of infected persons. Nowadays, four clinical forms of the disease are recognized: undetermined, tuberculoid, dimorphic and Virchowian. In order to simplify the diagnostic, the World Health Organization has adopted another classification, distinguishing the categories bacilliferous (multibacillary) and non-bacilliferous (paucibacillary). The former, responsible for the chain of transmission, when untreated, is characterized by the presence of a large number of bacilli in the infected individual. In the second category, *Mycobacterium leprae* occurs in scarce numbers, inclusively presenting negative results in laboratorial exams. Along the 19th and 20th centuries there have been several attempts at establishing a precise classification, accounting for the different clinical manifestations of leprosy, from the clinical, bacteriological, immunological, histopathological and evolutionary point of views. According to François Henri Hallopeau (1842-1919), the differentiation established by Robinson, in 1819, between tuberculous and anesthesic leprosy had first been accepted by Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) and Carl Wilhelm Boeck (1808-1875), and afterwards by several other authors. In addition, a mixed form was moreover accepted, in which both forms

described by Robinson manifested themselves. Using parameters not very different from those of Robinson, Henri Camille Chrysostôme Leloir (1855-1896) distinguished the tegumentary and the nervous forms; Gerhard Armauer Hansen and Carl August Looft (1863-1943), the tuberous and the maculo-anesthesic forms. Adolpho Lutz, by the end of the 1880's, recognized three modalities of leprosy – tuberous, nervous and maculous – in addition to mixed forms. Paul Gerson Unna (1850-1929) classified the cutaneous manifestations of leprosy into two groups: lepromas and neuro-leprides (cutaneous eruption following a neuritis due to Hansen's bacillus). In the ensuing years several other arrangements and terms for the various manifestations of hanseniasis were proposed.
(See Hansen, Gerhard Henrik Armauer; *Mycobacterium leprae*).

Sources: Brouardel & Gilbert, 1896; Charcot & Bouchard, 1899-1905; Claro, 1995; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Moreira, 2003; Sarno, 2003; Veronesi, 1982; www.68; www.202.

Lichen: in dermatology, generic designation of several types of dermatoses characterized by more or less pruriginous papulous eruptions, with skin thickening and asperity and disposition similar to that of lichens growing over rocks. The use of the term *lichen* was the object of intense polemics among 19th century dermatologists. Ferdinand von Hebra (1816-1880) divided the diseases thus called into two groups – scrophulous lichen, developing on the trunk, dorsum and low abdomen, under the form of more or less voluminous, flattened papulae, in groups or plates, of slow evolution, with occasional complications; and *lichen ruber*, with the varieties *acuminatus,* and *planus*. In *lichen acuminatus* he included the eruptions whose papulae are conical and extend over the entire body surface. In *lichen planus,* he united the lesions consisting of shining, dry and violet papulae, generally very resistant and pruriginous, especially located on the neck, forearm and inferior regions of the abdomen. It befell to a disciple of Hebra, Moritz Kaposi (1837-1902) the tentative of establishing some order in the classification of lichens. According to that Hungarian doctor, the *lichen ruber* described by Hebra, with its varieties *acuminatus* and *planus*, were nothing else than the *lichen planus* established by Erasmus Wilson (1809-1884) in 1869. Kaposi's definition ended up by supplanting Hebras's and a more correct knowledge of the etiology of the several types of lichens resulted in the reclassification of many of them in the following decades. Now *lichen ruber acuminatus* is described as *pityriasis rubra pilaris*. *Lichen ruber* and *lichen planus* are still considered synonyms.
(See *Lichen acuminatus*; *Lichen obtusus*; *Lichen planus; Lichen ruber*).

Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.152; www.153.

Lichen acuminatus: also known as Hebras's lichen in older sources (such as Cardenal, 1947 and D'Elia, 1926), where it was defined as a variety of *lichen ruber*. Stedman (1979) considers *lichen ruber, lichen acuminatus,* Wilson's lichen and *lichen planus* as synonyms, preferring to employ this last term to designate the disease characterized by eruptions of flattened, shining and violet papulae on flexory surfaces, male genitalia and the mouth mucous membranes. It may also form linear groups and hypertrophied lesions

on the legs. According to other more recent sources, *lichen acuminatus* is one of the names given to the *pityriasis rubra pilaris*, which, by its turn, is also known as psoriasiform lichen, Devergie's disease, or *lichen ruber acuminatus. Pityriasis rubra pilaris* is a rare and progressive disease of the skin, characterized by the diffuse formation of scales and erythema (a hardening of the skin with persistent inflammation) of scalp, palms of the hands and soles of the feet. The characteristic primary lesion is a small, hard, dome-shaped, rose- or red-colored papula with a keratous central point traversed by a hair. The papulae end up by fusing together forming well-delimited, large, erythematous, orange-colored plates, among which islands of normal skin may be observed. The cause of the disease remains unknown, and a hypothesis has been raised that it may be related to a failure in the metabolism of vitamin A. Treatments more frequently used are oral or topical administration of retinoids and vitamin A. Most cases appear sporadically, but there are infantile cases suggesting a genetic cause. According to the International Classification of Diseases, organized by the World Health Organization – WHO, *lichen planus* and *lichen acuminatus* (*pityriasis rubra pilaris*) are distinct diseases, therefore classified under different groups.

(See Lichen; *Lichen planus; Lichen ruber*).

Sources: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Stedman, 1979; www.21; www.22; www.23; www.24.

Lichen obtusus: a kind of *lichen planus* where papulae are more voluminous (instead of flattened) and less pruriginous. The purple-colored discs have a round or oval shape, measuring 1-2 cm in diameter and are generally situated on arms and thighs.

(See Lichen; *Lichen planus*).

Sources: Cardenal, 1947; Stedman, 1979; www.65; www.66.

Lichen planus: a dermatological infection characterized by the appearance of small, prominent spots on several parts of the body. The characteristic lesions are prominent, flat, violet-colored with white stripes on their surface, accompanied by much itching, in some cases exasperating. When the lesions recede they leave dark spots on the skin. *Lichen planus* may manifest itself under different forms, with the formation of ring-like, linear, verrucose (on the feet and ankles) or atrophic blistery lesions; erythematous *lichen planus* is liable of malignant evolution. In general, however, the disease is benign, with spontaneous remissions and exacerbations, typically persisting for one or two years, and it may follow a chronic or reincident course for a much longer time. It may be associated with minor symptoms or cause a considerable discomfort and incapacity. When the lesion reaches the entire tegument it is called generalized *lichen planus*. In the mucous membranes, which are affected in 50% of the cases, lesions are whitish and seem dead branches of a tree. In the mouth, the sensation is of ardency and burning. In about 10% of the cases of *lichen planus*, only mucous membranes are affected. The primary diagnostic is commonly made by a dentist from the observation of the buccal mucous membranes, where the initial symptoms appear. Although the etiology of the disease is unknown, numerous clinic observations have confirmed the fact that it occurs mainly in persons submitted to nervous tension, many debates having been raised about the theories postulating the self-immune and the psychological natures of *lichen*

planus. The expression *lichen ruber planus* has been used to denote the color of the lesion, but it fell into disuse. In 1869, Erasmus Wilson gave the name *lichen planus* to the dermatosis that had probably been already described by Hebra as *lichen ruber*. At least two thirds of the cases occur in persons between 30 and 60 years old, being commoner in women. There is a great variety of topical and systemic therapies for *lichen planus*, options depending on the chronicity, symptomatology and variations of responses to the dermatosis. Relaxing bathes with oats, the application of creams, lotions or unguents of triancilone or beta-metasone, especially combined with corticoids, are considered beneficial.
(See Lichen; *Lichen ruber*).

Sources: Houaiss, 2001; www.4; www.20.

Lichen ruber: term used in the 19th century, when Adolpho Lutz began his studies in dermatology, to designate what nowadays is called *lichen planus*. According to D'Elia (1926), there were two varieties of *lichen ruber*, *lichen acuminatus* and *lichen planus*, both pruriginous. The prognostic was severe and the affection tenacious and rebel to treatment, which consists in proper diet, the administration of arsenic preparations (Fowler's liquor, cacodilates) and the topical use of antiseptics and analgesics.
(See Lichen; *Lichen acuminatus*; *Lichen planus*).

Sources: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Mercury [Hg]: liquid and metallic chemical element, atomic weight 80, used to form compounds with medicinal purposes, to which were attributed, during Adolpho Lutz's times, anti-syphilitic and antiseptic properties, in the latter case under the form 1-2% unguents. Mercury was also used as a component of cathartics, tooth pastes and anti-helminthic products; some mercurial compounds are still used today, albeit rarely. Mercury is, in addition, employed in thermometers, barometers, amalgams for dental fillings, for separating gold from auriferous sands, in fluorescent lamps, etc. Mercury, and its main source of extraction, cinnabar, have been known since the most remote times. The Chinese extracted it in Kwichan mines, since the year 1200 b.C. Phaenicians, 700 year before the Christian Era, used this metal to extract and purify gold. In India it was believed that mercury possessed aphrodisiac properties. The Incas utilized it as painting material, giving it the name *llampi*. Mercury was employed by the Egyptians since the 18th pharaonic dynasty (1600 b.C.), which was proved by the fact that the metal was found in a funerary urn from that period. Greeks and Romans used cinnabar in paintings and some of their most renowned physicians employed it under the form of unguents. Mercury designated the metal, the planet, and a god (the god of commerce and the messenger of the gods in Olympus); in order to avoid confusion, the Greeks called the metal *hydrargyros*, meaning quick-silver. The Latin form was *hydrargyrium*. It is from this word that its symbol, Hg, comes, as well as the terms hydrargyria, hydrargyrism, hydrargyrosis, now known as mercurialism, an intoxication provoked by the excessive absorption of the metal. Although it was known and used since Antiquity, up to the 15th century its use had been scarce, almost always restricted to the fabrication of inks and to medicine. Its growing consumption began when, in 1557, Bartolomé Medina, from Seville established a method for the cold amalgamation of silver minerals, by using that metal. In the 16th century, Paracelsus introduced its use in the treatment of syphilis;

Torricelli used it in the first barometer, in 1643; and in 1720 Fahrenheit used it in the confection of the thermometer. Mercury served for the analysis of gases in the works of Priestley, by the end of the 18th century. According to Wyngaarden (1992), nowadays over sixty professions are involved with the exposition to mercury: pesticides, insecticides and formicides manufacturing, fabrication of instruments containing, lamps, neon lamps, batteries, paper, inks, dyes, electric equipment and jewels, as well as materials used by dentists. Besides the industrial or occupational exposure to mercury, intoxication has also been the result of inadvertent contamination of cereals by pesticides containing the metal, as well as of accidental or intentional ingestion or injection of elementary mercury (or compounds based on this metal).
(See Syphilis).

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Wyngaarden, 1992; www.77.

Metritis: term used in gynecology to designate a uterine inflammation, the types varying according to the affected part: cervical metritis (collum of the womb), corporeal metritis (body of the womb) and interstitial and parenchymatous metritis. The first one manifests itself by simple leucorrheas or small hemorrhages, demanding local treatment; the other mainly occur after childbirths or abortions. Metrites are efficiently treated by means of antibiotics. According to D'Elia (1926), they start at the mucous membrane and extend to the entire parenchyma of the organ; D'Elia divides its several forms into two groups: acute and chronic metrites; treatment is urgent in both cases. It is also called hysteritis or uteritis.

Sources: D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Micrococcaceae: a family of bacteria of the Order Eubacteriales, whose representative genus is *Micrococcus*. It comprises Gram-positive, round-shaped species, generally motionless and aerobic, occurring alone, in pairs, in tetrads, agglomerates, irregular masses or even chains. It includes free-living, saprophytic, parasitic and pathogenic forms.
(See *Micrococcus*).

Sources: Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.160.

Micrococcus: designation common to the bacteria of the genus *Micrococcus*, which are Gram-positive and shaped like little coconuts. Aerobic, rarely motile, they are found in foods and used in the cure and production of some types of cheese. Adolpho Lutz and many other authors from the 19th century used the term "coccus" as synonym of micrococcus.
(See Bacteria).

Sources: Houaiss, 2001; Miquel & Cambier, 1902.

Microsporum: term of Greek origin meaning small seed. *Microsporum* belongs to dermatophytes, a heterogeneous group of fungi parasitic on the skin and hairs of men and several animals, living upon the keratin of the corneous layer, nails and hairs, and often provoking an inflammatory reaction of the skin, with pruritus, erythema, scales and vesicles (Wyngaarden, 1992). Besides *Microsporum*, *Trichophyton* and *Epidermophyton* also belong to the group of dermatophytes. Several species belonging to the genus *Microsporum* cause scalp tinea, a fungal infection that primarily affects the hairs of the body. This genus of fungus is more commonly found in children that have not yet

reached puberty, when, generally, lesions disappear. *M. audouinii* is one of the causes of tinea, a disease transmitted from child to child through objects of personal use such as towels, bed clothes, hats etc. (Fitzpatrick, 1971). When scalp tinea is caused by *M. canis*, its agent may become fluorescent under Wood's lamp. But, for diagnosis purposes, exams of preparations with KOH and fungal cultures, using torn hairs and scales from the affected areas of the scalp are made (Wyngaarden, 1992). *M. gypseum*, commonly inhabiting soil, generates inflammation in cats and dogs, which, by their turn, transmit the disease to men (Fitzpatrick, 1971). Murray (1910) qualified *Microsporum furfur* as the fungus causing tinea versicolor, and *M. minutissimum* as the agent of erythrasthma, but Wyngaarden (1992) attributes the latter disease to *Corinebacterium*.
(See *Herpes tonsurans*; Pityriasis circinata marginata).

Sources: Cardenal, 1947; Fitzpatrick, 1971; Murray, 1910; Wyngaarden, 1992.

Miliary tuberculosis: tuberculosis with generalized dissemination of the tuberculous bacillus and production of minute and countless small tubercles in several organs and tissues.
(See Tuberculosis).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Mold: frequently found on the surface of organic matter, there proliferating fungi of the genera *Mucor*, *Penicillium*, *Aspergilus*, etc.
(See Fungi).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Molluscum contagiosum: a chronic dermatological infection caused by the appearance of vesicles that transform into pustules. It is caused by a virus of the poxviruses family (*Molluscipoxvirus molluscum contagiosum*), normally occurring in children through contact with the skin of a contaminated person, most often attacking armpits, arms, neck and face. In adults, it mostly affects the genital region, being sexually transmitted. Its incidence is increasing within the immunodefficient population with Aids. The first clinical descriptions of the disease were produced in the beginning of the 19th century by Thomas Bateman (1778-1821) and subsequently by Henderson and Paterson, in 1841. Only in 1905, Juliusberg, Wile and Kingery revealed the viral nature of *molluscum contagiosum*, which is also called cutaneous condyloma, contagious mollusk, epithelial mollusk and sessile mollusk.
(See Condyloma).

Sources: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Stedman, 1979; www.83; www.96; www.107; www.119; www.139.

Morphine [$C_{17}H_{19}NO_3$]: one of the most important alkaloids of opium, used in medicine as analgesic, narcotic, sedative and anxiolithic. Morphine belongs to a group of substances derived from poppy (*Papaver somniferum*), from which opium is also extracted. Known for more than five thousand years, this plant was already used by Sumerians to fight against insomnia and intestinal constipation. The Greeks used opium in religious rituals and to give courage to warriors during battles. Galen and other physicians from the beginning of the Christian era prescribed the substance to victims of epilepsy, bronchitis, asthma, kidney stones, fever, melancholy, dysentery and other diseases. In the 19th century the use of

opium spread along with the expansion of world commerce. In Great Britain, importation of the drug leaped from 40 tons in 1830 to 127 tons in 1860, of which 34 tons were re-exported to America. English businessmen transported opium from India to China, there exchanging it for tea and silk. Its use grew to such a point that, in 1838, the Chinese emperor Chung Ch'en forbade the importation of opium, condemning its users to the most severe penalties. The British Empire rose in defense of the traffic of the drug and obtained victory in the so-called Opium War (1839-1842), obliging China to hand over the island of Hong Kong, to liberate the importation of opium and to pay indemnities for the cargoes confiscated during the conflict. In 1900, about half the adult male population of China was opium addicted, a calamity that only ended in 1949, with the victory of the revolution that led Mao Tse Tung to power. In the beginning of the 19th century, the main active substance of opium, morphine, was extracted. Its name derives from Morpheus, the Greek god of sleep. Certain sources attribute this innovation to Armand Seguin, a physician of the Napoleon army; others to Friederich Sertuener, a pharmacist from Hannover, dates varying between 1803 and 1806. Other medical innovation, the syringe with hypodermic needle, created by the French physician Charles Gabriel Pravaz in the 1850's, facilitated the introduction of this and other drugs in human organism. Morphine then began to compete with opium in medicine and toxicomania. It continued to be used to give physical and psychological relief to persons recruited for wars, generating the so-called "soldiers disease", responsible for thousands of addicted men. In the passage from the 19th to the 20th century, morphine was so disseminated that even in cafeterias and theaters of large cities it was common to see men and women injecting the "remedy of gods" into themselves. Addiction became a severe social and sanitary problem and led to a program of studies to obtain a medication with the same therapeutic value, but without involving dependence. Bayer thought it had found that substance in 1874, through the work of the same pharmacist who had developed aspirin, Heinrich Dreser: diacetylmorphine, better known as heroin, from the German *heroisch*, for its "heroic" capacity of subjugating evils. The supposed antidote, largely used in the treatment of tuberculosis and other diseases, soon became another poison to dispute the preference of addicts to opium and morphine. Later on, other poppy alkaloids were discovered, such as codeine and thebaine. During World War II, the scarcity of morphine led a German laboratory to the discovery of methadon, afterwards used in the treatment of heroine addicts. In 1942, the United States Congress declared illegal the importation of this latter drug, and in the following decades its production and use in medicine were banished in almost all countries of the world. Opiates such as morphine possess a chemical structure capable of bonding themselves to neurotransmitters called endorphines, which are associated to the control of pain, sensations of pleasure, well-being and relaxation. Reaching the brains, those drugs depress the nervous centers responsible for pain and vigil, and the regions controlling respiration, heart beats and blood pressure. They interfere in the so-called pain-threshold, regulating the interpretation of pain signals received by the brains, without neutralizing other sensations, thus explaining its popular use as

anesthetics. As the human organism becomes dependent upon the drug, the situation is inverted, and the user comes to use it for disturbances caused by abstinence: nausea, vomits, diarrhea, muscular cramps, intestinal colics, lachrymation etc. The unregulated organism stops producing some substances and begins to produce too much of other ones. Addicts are subjected to more severe damages: deafness, blindness, inflammation of the heart valves, vein necrosis, coma and death. Presented as insoluble crystals with bitter taste, when morphine is combined with acids, it produces soluble salts with a content equivalent to 10% of its weight. Its action upon the central nervous system is manifested by a brief period of excitation followed by depression, the stimulation varying according to the type of drug and dosage. Morphine is used as analgesic in the treatment of violent pains (spasms of the smooth musculature or pains of cankerous patients, for instance (but its action upon the organism abates with time and dosages must be increased). It is injected in the form of hydrochlorides or sulfates and serves for the preparation of numerous derivatives (diamorphine, codeine, codetiline, heroin, metopon). The specific antidote to neutralize the effects of morphine is N-allyl-normorphine or nalorphine.

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.45; www.41; www.10.

Mus decumanus (Pallas, 1778): a junior synonym of *Rattus norvegicus*, the Norway, brown or common rat.

Sources: Wilson & Reeder, 1993.

Mushroom: the relatively large fructifying body of fungi belonging to the Class Basidiomycetes; filamentous fungi provided with septate hyphae and sexually reproduced through basidiospores. These pluricellular fungi, devoid of chlorophyll, consist of two parts: one under the ground, living upon buried matter that affords its food, and the other above the ground, called fructifying body or basidiocarp, producing cells called basidiospores, from which new beings are developed. The hat, commonly called mushroom, is in reality the stalk or stem which germinates from the mycelium.
(See Fungi; Schizomycetes; Hypha).

Sources: Houaiss, 2001; Silveira, 1981.

Mycobacterium leprae: the microorganism causative of leprosy, described by the Norwegian doctor Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) in 1874. Also called Hansen's bacillus, it is an aerobic, alcohol and acid resistant bacterium in the shape of a straight, or slightly curved rod, sometimes ramified. The genus *Mycobacterium* was proposed by Karl B. Lehmann and R. O. Neumann in 1896, for the agents of leprosy and tuberculosis. Up to now, it has not been possible to cultivate Hansen's bacillus in artificial media, what partially explains the controversies about the mode of transmission of leprosy.
(See Bacteria; Leprosy).

Sources: Benchimol & Sá, 2003; Bier, 1957; Encyclopædia Britannica, 2001; Larousse, 1971; Houaiss, 2001.

Mycosis: a disease caused by fungi, affecting plants and animals. Among the numerous species of the Kingdom Fungi, some develop in human tissues, causing greater or lesser lesions. Those having particular tropism for keratin, a fibrous protein that constitutes hairs, nails and the corneous layer of epidermis, proliferate there, determining

dermo-epidermic reactions. These, called ceratophytes by some authors together with dermatophiles, are the agents of superficial mycoses and only involve the skin and its annexes: scalp and groins tinea and tinea versicolor, for instance. The mycoaerophilous or anaerobic fungi, by their turn, find living conditions in dermis and hypodermis, in cavities and internal organs, originating deep or systemic mycoses. Mostly contracted through inhaling, they spread through lympho-hematogenic ways, reaching organs such as lungs, skin, liver and central nervous system. To this group belong blastomycosis, coccidioidomycosis, cryptococcosis and histoplasmosis. The classical division of mycoses into "superficial" and "profound" is didactic, but cannot be rigorous, as affections produced by yeasts, predominantly superficial, sometimes determine systemic lesions. Querion and dermatophilic sycosis are examples of superficial mycoses with intense dermo-hypodermic involvement. On the other hand, profound mycoses may show secondary manifestations in their initial stages or evolution. The agents of those mycoses are then reached by topical fungistatics or fungicides, with relative facility. Classic topicals still used nowadays are iodized alcohol at 1%, sulphur and its derivatives (sulphites, sodium hyposulphite), benzoic acid and its derivatives; mercurials and dyes, especially aqueous gentian violet at 1-2%. Keratolithics (such as salicylic acid at 2-5%) favor the action of topicals. More modern active substances are propionic and undecilenic acids and their salts, hexylresorcinol, tribromo-hydroxytoluene, chloro-iodinehydroxyquinaldine, bromo-salicycilchloroanilide, haloprogin, chlotrimazol, myconazol, tolnaftate and tolcyclate. Nystatin and amphotericin B, in solution, suspension, gel cream or ointment, are topical antibiotics largely employed. As vaginal pills, ovules or creams, nystatin, amphotericin B and piramycin are useful in the treatment of vulvo-vaginites. Systemic medicaments are employed in profound mycoses and cavity mycoses, as well as in resistant and extended, dermo-hypodermic, follicular and ungueal dermatophytoses. Potassium iodide, sodium iodide, sulfas, sulfones, calciferol, thiabendazole, clofazimine and 5-fluorocytosine, as well as the antibiotics griseofulvin, nystatin, amphotericin B, erythromycin, tetracychlines, chloromycetin and others (Veronesi, 1982). As a rule, mycoses are not transmitted from person to person. The natural habitat of several pathogenic fungi is limited to specific geographical areas. Consequently, the population living in those areas is more susceptible of contracting such "endemic mycoses". Some fungi are opportunistic pathogens, liable for causing diseases when the defenses of the host are altered. Cultures of fungi and histopathological studies made from infected body liquids (sputum, blood, urine and liquor) and tissues (skin, lungs, liver, bone marrow and lymph nodes) are the main methods for the diagnostic of mycoses. Their dissemination has increased with the growing use of antibiotics, which kill bacteria that destroy fungi. The terms fungal diseases and mycoses are synonyms.

Sources: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Myxomycetes: a group of unicellular, generally free-living microorganisms, similar to fungi and extremely primitive. They are normally found on stumps and the bark of trees, decomposing wood and moist soil. They reproduce by means of spores disseminated by the

wind, which, upon germinating, originate filamentous structures of proteic nature called flagella, responsible for the locomotion of the microorganism. Later on, the flagella detach from the myxomycetes and unite into a gelatinous mass provided with slow, amoeboid movements. Next, these myxamoebae, united two by two, form a zygote (a cell formed from the fusion of masculine and feminine gametes), which may unite with other zygotes to form a multinucleate protoplasmic mass without cellular wall, called plasmodium. The plasmodium multiplies, originating a great number of spores of varied shapes, frequently found on the above indicated environments. The myxomycetes have a very complex taxonomic history. As they present characters in common with fungi and protozoans, they were already classified by biologists in one group or the other. They are now included in the Kingdom Protista.
(See Fungi).

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Nosso Século, 2002; Encyclopædia Britannica, 2001; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.170; www.171; www.172.

Mange: See Scabies.

Matterstock, Georg: German doctor who was born in Würzburg on February 12, 1847, and who died in that same city on May 30, 1915. He was *Privat-Dozent* (1878) and *ausserordentlich Professor* (extraordinary professor) at the Faculty of Medicine of the University of Würzburg (1888), having directed the polyclinic of that institution.

Sources: www.143.

Neisser, Albert Ludwig Siegmund: German dermatologist Born in Schwidnith, Prussia (now Swidnica, Poland) on January 22, 1855. Graduated in Breslau (1877), Neisser is mostly known by his bacteriological studies, especially the discovery of the etiological agent of gonorrhea (*Neisseia gonorrhaeae*) in 1879. Among his professional realizations, are yet to be mentioned the description of the microorganism of leprosy (1879-1880), a motive of disputes with Norwegian doctor Gerhard Armauer Hansen, and the attempts to discover the etiological agent of syphilis and its possible transmission to man by animals. He worked with August Paul von Wassermann (1866-1925) and Carl Bruck (1879-) on the development of a test of serum-reaction for syphilis, later on known as Wassermann's reaction. In the field of public health he was an active fighter for improvements of prophylactic measures and more public education about venereal diseases. Professor of dermatology at the University of Leipzig in 1880, he was named *Privat-Dozent* of that same institution the following year. In 1882 he assumed the post of *ausserordentlicher Professor* (extraordinary professor) of skin and venereal diseases at the Faculty of Medicine of Breslau, where he also was made head of the Department of Dermatology. Ten years later he inaugurated in that city a clinic that became internationally known as a center of research on skin diseases. He died in July 1916, in Breslau, Prussia (now Wroclaw, Poland).

Sources: Larousse, 1971; www.227.

Neoplasm: abnormal tissue growing through cellular proliferation more rapidly than the normal, even after the stimulus that started the process has ceased. Neoplasms are distinct masses of tissue presenting a partial or complete lack of structural organization and functional coordination with the normal tissue. The term "tumor", literally meaning "inflammation", is frequently used as synonym of neoplasm. It may be benign or malignant and is observed

in all the tissues: there are fibrous, lymphatic, vascular, cartilaginous, bony, muscular, nervous and epithelial neoplasm. The probability of its occurrence increases with age and is higher in women than in men; womb, stomach and breast are more affected than other parts of the body.

Sources: D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

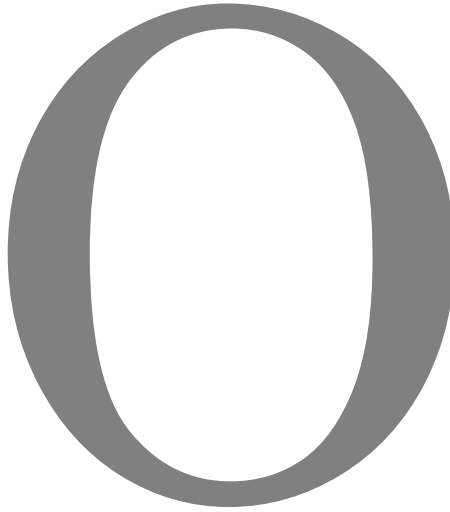
Nodose erithema: acute inflammation of the subcutaneous tissue preferentially attacking the lower limbs. Characterized by the presence of painful, deep and soft nodules originated from the exudation of blood and serum, almost always accompanied by ardency and intense itching. The disease was described for the first time in 1808 by the English dermatologist Robert Willan (1757-1812). In 1860, Ferdinand von Hebra (1816-1880) established its specificity, separating it from the lesions included in the group the multiform erithema. Also known as tuberculous erithema or rheumatic peliosis.

Sources: Cardenal, 1947; Ferreira, 1999; Fitzpatrick, 1971; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.169; www.211.

North American blastomycosis: caused by the fungus *Blastomyces dermatidis*, it is characterized by suppurated tumors of the skin (cutaneous form) or by lesions of-lungs, bones, subcutaneous tissue, liver, spleen and kidneys (systemic form). Found in mean, dogs and other animals, it is not transmissible from person to person. *Blastomyces* spores probably invade the organism through the respiratory tract, when inhaled. The disease starts gradually, with fever, chills and profuse sweating. The individual may show productive cough, chest pains and breathing difficulties. The disease is treated with fungicidal antibiotics (amphothericin B), showing results within a week, the fungus rapidly disappearing. If untreated, the infection slowly worsens and leads to death. It is common in the United States, but very rare in South America. It was described by Thomas Gilchrist in 1894, and for this reason the disease is also known as Gilchrist's disease or mycosis.
(See Blastomycetes).

Sources: Larousse, 1971; www.30; www.34; www.58.

Nostocaceae: a family of Cyanophyceae ("blue algae"), characterized by more or less spherical cells united into non-ramified threads, which, when mature, produce heterocysts, either terminal or intercalary, and acynetes. Many species produce mucilage, forming gelatinous masses on humid soil or on water. The term used to have much broader meaning, but it came to be identified with the Order Hormogoneae, in which it is now included.

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Joly, 1977; Quer, 1965; www.173.

***Oidium* or oidia:** Obsolete name for certain fungi with Oidiomycetes characteristics, whose hyphal separation results in the formation of rectangular arthrospores (a type of thallospores). Nowadays it is known as the genus *Candida*.
(See Hypha; *Oïdium albicans*).
Sources: Fortes, 1958?; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979.

***Oidium albicans*:** Obsolete name of *Candida albicans* or *Monilia albicans*. *Candida* is a very large genus of yeast-shaped fungi, frequently found in nature. It is generally a saprophytic fungus, but may become pathogenic, causing the infection called candidiasis or moniliasis, resulted from the alteration in the equilibrium of bacterial flora of the organism or after the ingestion of certain antibiotics. It attacks mainly the region of the mouth, oropharynx, vagina and gastrointestinal tract.
Sources: Fortes, 1958?; Houaiss, 2001; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979.

***Oidium lactis*:** Obsolete name of a species of fungi very much used in the fermentation of milk for the preparation of several types of cheese. It is characterized by whitish spots exhaling a typical odor of mold. Nowadays known as *Geotrichum candidum*, this species may cause lesions in human digestive and pulmonary tracts.
Sources: Dorland, 1947; Fortes, 1958?; Jackson, 1920/1935?; Stedman, 1979; www.50; www.120.

Ophüls, William: Born in 1871, Ophüls was professor of pathology and Dean of Stanford School of Medicine from 1916 to the date of his death, on April 27, 1933.
Sources: www.90.

Orthopnea: respiratory difficulty that obliges the patient to keep standing or sitting in order to breathe. It is generally related to pulmonary diseases causing valvular pneumothorax and pleuropulmonary congestion, but may also follow from heart problems such as pericarditis.
Sources: Cardenal, 1960; Paulier, 1882.

Papula: a small, solid elevation formed on the skin, without pus or serosity, which dries out soon after it started. Generally pinkish, papula is constituted by the infiltration of the superficial or papillary layer of dermis; it disappears through desquamation, without leaving scars.

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001.

Papulous eczema: dermatitis caused by the eruption of isolated or aggregated red papulae, with intense itching.

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Pellagra: a term whose original meaning was "rough skin"; it designates a disease also known as endemic erythema, Lombardian, Italian or Asturian leprosy, Italic elephantiasis, Saint Ignatius itching, maidism, rose disease or maidic psychoneurosis. An infirmity caused by the appearance of pruriginous erythematous spots on the face, neck and hands, spots covered by blisters that dry out and peel off. These cutaneous manifestations are associated with digestive disturbances (red tongue, aphthous stomatitis, signals of gastritis, diarrhea, constipation), as well as mental disturbances that may evolve to madness. Formerly very common, nowadays it is rare, mostly occurring in poor regions. It is now known that pellagra is caused by a shortage of nyacin and vitamin PP. Such substances are found in fresh meat, yeast and in many other proteic foods. Individuals feeding mostly on corn and its derivatives have a shortage of nyacin and tryptophane, thus being predisposed to suffering pellagra. Known since Antiquity, the disease was described by the first time in 1735 by Gasper Cajal, but only in 1912 Casimir Funk related pellagra, as well as beriberi and scurvy, to alimentary deficiency. According to D'Elia (1926), in the beginning of the 20th century, at least two theories about the etiology of pellagra disputed primacy: one attributing the disease to the excessive ingestion of corn and the other considering the action of a still unknown parasite. The obnoxious

influence of corn continued to be maintained by many authors in the 1920's; unhealthy housing, excessive labor and heredity were also considered factors that predisposed to the disease. In 1920, North American doctor Joseph Goldberger (1874-1929) demonstrated that pellagra had a nutritional origin and was not a parasitic infection or disease. During a trip to southern United States, Goldberger observed people in asylums, hospitals and orphanages in order to verify how they acquired the disease. He verified that the absence of tryptophane in the alimentary diet of the patients caused the disease and suggested the ingestion of milk and eggs as a preventive measure. In 1926 Goldbeger discovered the anti-pellagra factor in many other foods. Later studies have shown that corn is poor in tryptophane, pyridoxine and riboflavin, which explains why pellagra decimated populations whose alimentation was mainly based on that grain. Following the model defined by Goldberger, now the disease is treated by including proteic foods in the patient's diet and avoiding starch foods, especially those derived from corn.

Sources: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Larousse, 1971; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.43; www.44.

Pemphigus: designation common to a potentially deadly group of dermatoses due to an unknown cause, characterized by the appearance of blistery eruptions over the skin, which, when absorbed, leave fragmented pigmented spots. Cutaneous lesions in the shape of blisters have been described since the Antiquity, but the term pemphigus was only employed in 1760 by the French doctor and botanist Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767). The disease described by Sauvages was probably a case of multiform erythema, as there was continuous high fever and it lasted for approximately two weeks. The concept he gave was of a blistery eruption of short duration. Sauvages' definition was accepted by the contemporary medical circle up to 1791, when Johann Ernst Wichmann (1740-1802) gave to pemphigus its modern meaning, i. e. of a chronic blistery disease; for eruptions with a short duration he suggested the name *febris bullosa*. Wichmann was the first to describe a proved case of vulgar pemphigus. In the ensuing years, the concept underwent many alterations, many times almost undifferentiated from those formulated for other vesicular lesion. In 1860, Ferdinand von Hebra (1816-1880) denied that pemphigus could manifest itself in acute form and again established Wichmann's definition, which lasts up to now. In the pemphigus-group different clinical manifestations are included, standing out the vulgar, the foliaceous and the vegetative forms.
(See Foliaceous pemphigus).

Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Murray, 1910; Stedman, 1979; www.184; www.185; www.186; www.187; www.188.

Peptone: a water soluble substance derived from animal and vegetable proteins (meat, milk, soybean, etc.), obtained during gastric and pancreatic digestive process. Often used for cultivating bacteria.

Sources: Cardenal, 1947; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.105; www.128.

Periadenitis: the inflammation of tissues near a gland, mainly observed as a complication of adenitis (inflammation of the lymphatic ganglia or of a gland).
(See Adenitis).

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Phenacetin or Acetophenetidine [$C_{10}H_{13}O_2NO_2$]: acetic amide used as analgesic, anti-pyretic and anti-rheumatic. Indicated for combating typhoid fever, flue, pneumonia, tuberculosis, rheumatism and diverse types of neuralgias. It must be carefully administered, as it has a highly toxic effect upon the kidneys.

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; www.125.

Pyrogallic acid [$C_6H_3(OH)_3$]: the same as pyrogallol; a substance obtained from gallic acid. It has multiple chemical and medical applications as anti-pruriginous and, externally, in the treatment of psoriasis, microsporic scurf and other cutaneous affections.

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Pityriasis: generic designation of dermatoses characterized by erythema and fine desquamation. In the beginning of the 19th century Robert Willan and other founders of dermatology employed the term to designate a heterogeneous group of skin diseases whose common denominator was the occurrence of small dry scales. Afterwards, slight forms of dermatites came to be designated as pityriasis rosea or Gibert's pityriasis, pityriasis rubra pilaris; lichenoid, pityriasis versicolor (later on called tinea versicolor) and pityriasis nigra (name given by Hebra to chronic pediculosis). In D'Elia (1926), pityriasis is defined as the dermatosis caused, in several parts of the body, by parasites of the family Pediculidae (Order Anoplura), among them included human lice.
(See Pityriasis circinata marginata; Vesicular pityriasis).

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Murray, 1910.

Pityriasis circinata marginata: also known as pityriasis rosea, pityriasis maculosa, pityriasis maculata or Filbert's pityriasis rosea. Medical literature from the last two centuries registered reports of disorders apparently identical to that described by French dermatologist Camille-Melchior Gibert (1797-1866) as *pityriasis rosea* in his *Traité Pratique des Maladies de la Peau et de la Syphilis*, 1860. Other names were given to this disease by Pierre-François-Olive Rayer (1793-1867): *erythema annulatum*; Ferdinand Ritter von Hebra (1816-1880): *herpes tonsurans maculosus et squamosus*; Erasmus Wilson (1809-1884): *lichen annulatus serpiginosus*; Horand: pityriasis circinata; Alfred Hardy (1811-1893): disseminated pityriasis; Jean-Baptiste-Emile Vidal (1825-1893): *pityriasis circinata* and *marginata*; Pierre-Antoine-Ernest Bazin (1807-1878): *pityriasis rubra* and acute disseminated pityriasis; Ernest Henri Besnier (1831-1909): erythro-desquamative pseudexanthema; Robert Willan (1757- 1812): *roseola annulata*; Behrend: *roseola furfuracea herpetiformis*; Nicolas and Chapard: *roseola squamosa*. The disease is characterzed by papulas and scaly plates, oval or rounded, of a bronzy-rose or salmon color, that rapidly appear on the trunk, neck, arms and legs, rarely on the face. Several aspects of this self-limited, papulo-scaly affection are unique: first, the generalized eruption is frequently preceded, by a few days or a week, by a single larger lesion, called "forerunner spot" ("mother plate" or "master plate"), often erroneously identified as dermatophytosis. The master plate, present in 50 to 90% of the cases, may appear on any place, but generally occurs on the neck or the

lower part of the trunk, reaching a diameter of a few centimeters. The second singular characteristic: the oval lesions possess white scales, uncommonly slender, forming a small collar near the plate's borders. Thirdly, the lesions follow the cleavage lines of the skin, forming a pattern comparable to a Christmas tree. The affection has a spontaneous involution within one to two months. Pruritus may be a marked symptom. Sometimes pityriasis rosea is preceded by a slight infection of upper respiratory areas and its greater incidence is in the winter months, suggesting a viral etiology. However, the disease does not occur in endemic form and is not transmitted interpersonally. Most cases attack children and young adults 10 to 35 years old. Occurrences are rare. Treatment for pityriasis rosea is generally unnecessary, although topical corticosteroids and anti-histaminics may alleviate the erythema. Ultraviolet light frequently reduces the eruption. Cardenal (1947) attributed the cause of the disease to a fungus of the genus *Microsporum*; *Staphylococcus albus.* Spirochetes have also been incriminated, whereas other authors have suggested a possible viral cause, a hypothesis still being studied (Freedberg, 1999). Up to now the etiological agent of the disease has not been isolated. Pityriasis rosea is considered a cutaneous affection of unknown origin.
(See Pityriasis; Vesicular pityriasis).

Sources: Anais de Dermatologia, 1998; Cardenal, 1947; Fitzpatrick, 1971; Freedberg, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Wyngaarden, 1992.

Pleurisy: acute or chronic inflammation of the pleura, generally from bacterial origin. It appears in most cases as a consequence of pneumonia, tuberculosis or other infectious diseases. In pleurisy, both surfaces of the pleura become dry and rough, causing friction. The so-called *dry pleurisy* provokes intense pain that worsens with cough and a deeper inhaling. In pleurisy with blood-shed, the lung is compressed by the accumulation of liquid flowing from the blood vessels towards the pleural cavity. It is normally accompanied by chills, fever, cough and dyspnaea.

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Pneumonia: acute or chronic inflammation of the lungs, potentially fatal and contagious, caused by bacteria, viruses or fungi, but it may also be of allergic nature or due to irritation by chemical substances. Its characteristic symptoms are chills, pain in the chest, cough, catarrh, high fever and breathing difficulties. It more frequently attacks aging patients and children below five years old. The disease may appear suddenly, following other infirmities, or after a surgery. The several types of pneumonia are defined according to their localization and the extension of the lesion of the pulmonary tissue. From the anatomical point of view, they may be classified as lumbar, segmentary, lobular and interstitial. When lobular pneumonia affects both lungs it is frequently called bronchopneumonia. A bacterial etiology of pneumonia was supported by Edwin Klebs (1834-1913), in 1875. Six years later, Louis Pasteur (1822-1895) identified the bacterium *Pneumococcus* in the saliva of a patient attacked with rabies. The association of the pneumococcus, or *Diplococcus pneumoniae*, with lobular pneumonia was established in 1883 by Charles Talamon (1850-1929). Three years afterwards, Albert Fraenkel (1848-1916) and Anton Weichseelbaum

(1845-1920) confirmed and extended Talamon's investigations, observing the behavior of pneumococcus in culture media and its pathogenic action upon rabbits. During that time the idea that pneumonia was a typically bacterial disease prevailed, with well defined evolution and clinical features. However, studies undertaken from 1930 on revealed the existence of singular cases, whose clinical evolution differed from the established pattern. Moreover, in those cases the presence of bacteria could not be demonstrated. In 1944, Monroe D. Eaton isolated a filterable agent capable of producing pneumonia in rats and hamsters. In the beginning, it was believed to be a virus and the name *pleuropulmonary-like organism* – PPLO was given to it. Later on, Robert N. Chanock classified it as an intermediary agent between virus and bacterium, belonging to the genus *Mycoplasma*, species *pneumoniae*.
(See Croupous pneumonia).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; www.189.

Pneumotyphus: typhoid fever beginning with pneumonia, which evolves by itself when pneumonia is about to end.
(See Pneumonia).

Sources: D'Elia, 1926.

Posadas, Alejandro: parasitologist, born in Buenos Aires, Argentina, on December 22, 1870. Since he was very young, Posadas suffered from pulmonary and rheumatic ailments that compelled him to abandon his college studies thrice. Entering the Faculty of Medicine in 1888, he studied under pathologist Robert Johan Wernicke's (1854-1922) orientation. In the University Hospital, in 1891, he had the opportunity to examine a soldier, Domingo Ezcurra, who had recurrent cutaneous nodular lesions diagnosed as fungoid mycosis. In the material extracted from the neoplasmas, Posadas observed the presence of spherical organisms with a thick wall, containing small rounded formations. Because of these characteristics, he identified the microorganism as a sporozoan, the same conclusion Wernicke had reached. Posadas published his discovery in the paper "Un nuevo caso de micosis fungoidea con psorospermia" in the journal *Círculo Médico Argentino* (1892; 15: 585-97). The term psorospermia was a reference to organisms known at that time as coccids. Also in 1892 Wernicke published in Germany "Ueber einer Protozoenbefund bei Mycosis fungoides", in *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitologie* (1892; 12: 858-61). Posadas was able to reproduce the disease in laboratory animals, thus proving the presence of the parasite. He was not able, however, to cultivate it. The correct identification of the microorganism, *Coccidioides immitis,* included in the group Ascomycetes fungi, would be established by Ophüls and Moffit in 1900. Graduating in 1894 with honors and distinction, in the same year Posadas defended his thesis "Psorospermiosis infectante generalizada", (afterwards called Posadas' disease or coccidioidomycosis). He accompanied the evolution of the disease in the Argentinian soldier up to the latter´s death in 1897, the necropsy revealing extended visceral lesions. Having traveled to Europe in search of solace for his pulmonary disease, Posadas died in Paris on November 21st, 1902, at only 32 years of age. During his eight-year career, he had other remarkable achievements as a docent, clinician and

researcher. He was the first to film a surgical intervention at Hospital de Clínicas in Buenos Aires and, together with Wernicke, was the first to report a case of rhinosporidiosis.
(See Coccidioidomycosis; Coccidium; Psorospermosis; Wernicke, Robert Johan).
Sources: www.39; www.40; www.205; www.206; www.207.

Potassium iodide (KI): a white salt, crystallized into cubes, very soluble in water and alcohol, that melts when exposed to heat. It results from the decomposition of iron iodide by potassium carbonate, or the heating of iodine with potassium or sodium carbonate. Up to the advent of antibiotics, in the 1930's, when it was substituted by penicillin, potassium iodide was largely employed in the treatment of tertiary syphilis. In the 19th century it was also employed in the therapy of lymphatic tuberculosis and asthma, among other applications. Nowadays it is employed as expectorant and fungicide, being administered in potions, solutions or syrups. It is also utilized in the fabrication of paper and photography revealers.
(See Iodine; Syphilis).
Sources: Lello, 1942; Littré & Gilbert, 1908; Paulier, 1882; www.147; www.148.

Pseudotuberculosis: a set of diseases of rodents, birds, ovines and other warm-blooded animals, clinically and anatomically similar to tuberculosis. It is characterized by the formation of granulomas looking like tubercular nodules, due to a coccoid bacillus, in the case of Guinea pigs, or to a diphtheroid bacillus, in the case of mice and mutton. Pseudotuberculosis occurs in men as a result of a very rare infection caused by *Pasteurella pseudotuberculosis*.
(See Tuberculosis).
Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Psoriasis: a recurrent, non-contagious chronic dermatosis characterized by the eruption of reddish plates covered with white or silvery scales. The lesions show well delimited and varied sizes, from discrete and localized forms to severe forms that may cover the entire body surface. They appear especially on the knees, scalp and trunk. A typically human affection, it equally attacks men and women of any age. Clinical manifestations are varied. According to their localization and to the characteristics of the lesions, they are classified as vulgar, palmo-plantar, arthropathic, erythrodermic, and other less important forms. Vulgar psoriasis, responsible for 90% of the cases, is the best known of them. Typical form of the disease, it is rarely pruriginous and may also attack nails. In the palmo-plantar modality, lesions are located on the sole of the feet and on the palms of the hands. The skin becomes hard, dry and frequently presents crackings. Arthropathic psoriasis appears suddenly, causing pain in the tips of fingers and toes and in the large joints. In some cases, it may affect the joints. The erythrodermic form shows generalized lesions over almost all the body. Confounded during a long time with leprosy, psoriasis was described for the first time by Robert Willan (1757-1812) in his *On cutaneous diseases* (1808). The cause of the disease is still unknown, but it is admitted that it is related to some genetic predisposition and to factors such as cutaneous traumas (Koebner's phenomenon), infections, use of medications and emotional stress. Although no treatment may lead to permanent cure, lesions disappear or show a sensible regression when treated. Therapy depends upon the patient's clinical condition. In less severe cases hydration of the skin and exposure to the sun are recommended,

combined with the topical use of creams and unguents based on cortisone, vitamin D, coaltar and antraline. In severe cases systemic or orally administered medications are prescribed. More recently laser therapy has been used. Psoriasis is also known as *psora* or *alfos*, terms of Greek origin meaning, respectively, "mange" and "white".
(See Leprosy).

Sources: D'Elia, 1926; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Wyngaarden, 1992; www.212; www.213; www.214; www.215; www.216.

Psorosperms: according to Murray (1910), certain unicellular organisms belonging to the group protozoans of the Order Myxosporidia were thus called. The following properties characterize them: they multiply by fission and each one of the organisms thus generated is surrounded by a firm layer forming a spore that remains enveloped in a capsule or cyst; each spore may again divide into small bodies that, finally, develop into larger mature individuals. It was considered that the complete developmental cycle of these organisms was not limited to man (in which it would cause psorospermosis), but also parasitized other hosts. In more recent dictionaries, psorosperm is defined as a minute parasite, generally the young form of gregarines, an order of protozoans that parasitize animals such as earthworms, lobsters etc.
(See Psorospermosis).

Sources: Cardenal, 1960; Murray, 1910.

Psorospermosis: morbid state due to psorosperms. According to Murray (1910), the term was used to name human lesions caused by certain forms of protozans (Sporozoa) e by *Coccidium* that affect also the bile ducts of rabbits. Darier's disease (keratosis follicularis), Paget's disease (a rare form of breast cancer), certain carcinomas and *molluscum contagiosum*, diseases now known to have very different etiologies, have been described as caused by psorosperms. According to the same source, infection in man could attack all the viscera in rare cases, or only the liver, the urinary tract, or the skin, on which nodular or vesicular lesions spread. When infection was generalized, the patient's condition was compared to trichinosis. Symptoms included pains in the limbs, vomit, headache, delirium, somnolence and fever. Death generally occurred in the period of fifteen days to a month, the patient undergoing a "typhoid phase". There was not, then, any treatment for the infection and diagnosis could only be made by discovering the typical cysts and the parasites. Coccidioidomycosis, a disease caused by fungi of the species *Coccidioides immitis*, also known as Posadas' disease, was originally described by this Argentinian doctor in 1892, as "nuevo caso de micosis fungoidea con psorospermia", this last term alluding to the similarity of the forms found in that mycosis with protozoans ("coccids"). In Dorland (1947), psorospermosis is defined as a morbid state due to the presence of those myxosporidian microorganisms. In more recent medical dictionaries this condition is no longer described. Darier's disease, a rare and hereditary disease of the skin, still has as a synonym follicular psorospermosis, but without any relation with the etiology, which is still unknown (microscopic studies suggests a defect of synthesis, organization or maturation of the complex that controlls normal keratinization).
(See Psorosperms).

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979.

Pulmonary emphysema: a disease characterized by the permanent increase of the aerial spaces localized beyond terminal bronchioles, either by dilatation or by destruction of alveolar walls. The lesion of the small aerial sacs, through whose walls oxygen penetrates the blood and carbonic gas is liberated, makes some patients present bluish skin, as the oxygen rate in the blood becomes less than normal. Emphysema may inhibit up to half the functional capacity of the lungs before the patient perceives that something is seriously altered in his organism. Most times the disease begins with a pulmonary infection called *chronic bronchitis*, and is discovered through a radiographic exam of the thorax, to see the state of the heart or of the lungs. The patient finds exhaling specially difficult. Other symptoms are frequent flues, cough, excess of mucus in the throat, indigestion and short breath. The disease mostly affects people of the masculine gender, 40 years old or more. Emphysema causes the loss of elasticity of the pulmonary tissue and the permanence, in the lungs, after each respiration, of residues of carbon dioxide that intoxicates the organism, robbing space from inhaled oxygen; the heart has to work more, so that a sufficient quantity of oxygen may be incorporated to the blood, generating, in many cases, a cardiac affection capable of leading the patient to death. The number of affected people among smokers is thirteen times as great as among non-smokers. Air pollution also has its influence, epidemics of emphysema having been registered in London and in industrial valleys in Belgium and Pennsylvania in the United States. Heredity may also be an etiological factor, and we now know that about one fourth of the patients show the lack of an enzyme called *alpha-antitripsin*, which protects the lungs against infections. Emphysema has no cure, but those who start treatment as soon as it begins have long and reasonably active lives. The medical resources available for emphysema are medicaments, hormones, pumps for introducing oxygen under pressure in the lungs and, and in extreme situations, lung surgery. According to D'Elia (1926), one of the most active remedies used at that time to attenuate breathing difficulty was potassium iodide (0:50 by 1, per day) associated or not to arsenic.

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Pyrogallic acid [$C_6H_3(OH)_3$]: the same as pyrogallol; a substance obtained from gallic acid. It has multiple chemical and medical applications as anti-pruriginous and, externally, in the treatment of psoriasis, microsporic scurf and other cutaneous affections.

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Quebracho: popular Portuguese name for several native plants of South America, belonging to different genera and families, whose hard and resistant wood presents high concentration of tannin, a substance much employed in the tanning of hides. In Brazil, the term is applied to diverse plants of the genera *Schinopsis* and *Aspidosperma*. The name "quebracho", also employed as synonym of "quebracho-vermelho", comes from the Spanish and means *ax-breaker*, an allusion to the hardness of its wood.
(See Aspidosperma; Quebracho-colorado).

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.163.

Quebracho-colorado: the same as "quebracho-vermelho". Name common to several trees of the genus *Schinopsis*, family Anacardiaceae, whose main characteristics are the bark rich in tannin and the reddish, hard bark. The species *S. lorenzii*, found in Brazil, Paraguay, Argentina and Uruguay, is a tree about 20 meters heigh, with reddish-brown bark, elliptical leaves, very ramified panicle and ligneous samarae.
(See Quebracho).

Sources: Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; www.163.

Quincke, Heinrich Irenaeus: German medical doctor born in Frankfurt an der Oder on August 26, 1842. His family then moved to Berlin, where his father made a brilliant career as a clinical doctor. Heinrich Quincke studied medicine in Würzburg, Heidelberg and Berlin, with famous teachers such as Albert von Kölliker (1817-1905), Hermann Helmholtz (1821-1894) and Rudolf Virchow (1821-1902). In the latter city he obtained his MD in 1863 and, two years later, went to Vienna to work under the physiologist Ernst Wilhelm Ritter von Brücke (1819-1892). Quincke was the assistant of many other important scientists and soon came to occupy the chair of general clinic at Berne (1870). From 1874 on, he dedicated himself to surgical

interventions in lungs. Four years afterwards, he assumed the chair of general clinic at Kiel, where he remained for three years, until retiring as Emeritus Professor of that discipline. He then went to Frankfurt am Main, and continued lecturing as honorary professor, dying in that city on May 19, 1922. He had a very important role in the research of tuberculosis, creating techniques of drainage of the pulmonary abscess to allow patients' expectoration. He also investigated the mechanisms controlling body temperature, developing a theory about the central nucleus, responsible for the warming of the entire organism. His greatest contribution to medicine, however, was the pioneer use of the lumbar region puncture for the diagnostics and treatment of pulmonary diseases. He also made important observations on the expansion of the hepatic artery (1870). (See Quincke's aedema).

Sources: Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.108; www.132; www.141.

Quincke's aedema (or disease, or syndrome): a cutaneous infirmity developed in sporadic or hereditary form, attacking both sexes. It begins with the sudden appearance of pain and swelling in the facial region, feet and genital organs, persisting for two or three days, when it finally disappears. It may also cause strong abdominal pains and even fatal respiratory complications. Marcello Donati was the first to describe this kind of aedema, in 1586, but only during the 19th century the edematous urticaria, as the disease is also known, was studied by the British surgeon and dermatologist John Laws Milton (1820-1898). In 1882 Heinrich Irenaeus Quincke also described it; twelve years later it was studied by Henry Martyn Bannister (1844-1920). (See Quincke, Heinrich Irenaeus).

Sources: Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.132; www.141.

Quinine or "quinine salt" [$C_{20}H_{24}N_2O_2$]: alkaloyd composite in the form of white, inodorous powder with bitter taste, extracted from bushes of the genus *Cinchona*, used as a stomachic and oxytocic agent, as analgesic, anti-pyretic, flavoring of tonic water, for muscular relaxation, to combat atrial fibrillation and in the treatment of malaria. It has proved very efficient against the forms of impaludism caused by *Plasmodium ovale* or *Plasmodium vivax*. Quinine is also employed in brain malaria, in malaria produced by chloroquine-resistant strains of *Plasmodium falciparum* and in crises of malignant tertian malaria. Cardenal (1960) presents a somewhat different formula of it ($C_{20}H_{24}N_2O_2+3H_2O$) from the consulted sources, adding that the substance is used in the form of salts – bromhydrate, chlorhydrate, phosphate, salicyllate, sulphate, etc. Those salts, according to the same source, either incite the nervous system and render the pulse slower, when administered in small doses, or provoke cerebral congestion, deafness and dizziness when taken in higher dosages. The substance was already known by the Incas at the time of the conquest of the Americas by the Spanish Crown, and it is known that the Jesuits were the first to describe the prophylactic properties of the bark of the *Cinchona* tree, used by Peruvian aborigines in the most varied febrile manifestations. In 1820, the French chemists Joseph-Bienaimé Caventou (1795-1877) and Pierre-Joseph Pelletier (1788-1842) were able to isolate the active principle of quinine, allowing the large scale industrial production of the chemical, an object of great disputes during World War II.

Resistance to the components of this substance led to the adoption of substitutes such as chloroquine and primacrin in malarial treatment.

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.85.

Rhinoscleroma: a chronic granulomatose process attacking the nose (the starting point of the infection), upper lip and upper respiratory areas. It generally starts with the growth of hard and smooth nodules, painful when pressed, that spread towards the pharynx, larynx, and bronchi, and may even involve the external acoustic meatus. Surprisingly, the sense of smell remains intact. Skin becomes pale, anemic, or dark-violet, and rich in superficial vascular nets, deprived of hairs and follicles. It is believed that rhinescloma is due to a specific bacillus, possibly a strain of *Klebsiella rhinoscleromatis*, described by Viennese surgeon Anton von Frisch (1848-1917). According to D´Elia (1926), therapy was surgical and symptomatic and the results only temporary, as the affection constantly presented relapses. Nowadays streptomycin is successfully used in the treatment of the disease.

Fonte: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Rixford, Emmet: Canadian surgeon born in Quebec in 1865, died in the United States in 1938. He graduated at Cooper Medical College, in San Francisco in 1891, becoming associate professor of that institution in 1893; five years later, he was promoted to full professor. In 1909 he became professor of surgery at Stanford University. Rixford was one of the first physicians to observe a case of coccidioidomycosis. As a homage to this fact, his name was given to a mountain in Sierra Nevada. (See Coccidioidomycosis).

Fonte: www.52.

Saccardo, Píer Andrea: Italian mycologist, born in Treviso in 1845 and died in Padua in 1920. He obtained his MD in 1867 from Padua University, of which he became professor of natural history two years afterward. In 1879 he changed to lecturing botany and assumed the direction of the botanical garden of that university. His major contribution to mycology was the publication of the atlas *Sylloge fungorum omnium husque cognitorum* (1882-1913), a collective work in 11 volumes, containing descriptions and illustrations of all the fungi known until then.

Sources: Larousse, 1971; www.209; www.210.

Saccharomyces: a genus of Ascomycetes, fungi or yeasts belonging to the family Saccharomycetaceae, whose type is beer yeast (*Saccharomyces cerevisiae*). Similar yeasts are used in the production of other alcoholic drinks and bread. *Saccharomyces* possesses a predominantly unicellular stem, reproduces asexually by budding, transverse division or both, produces ascospores, but is devoid of myceliar filaments. One member of this genus, *S. neoformans* (ancient name of *Cryptococcus neoformans*) was isolated from the fermented juice of peaches by Italian microbiologist Francesco Sanfelice in 1894; soon afterwards, it was verified that it was the agent of human cryptococcosis. Certain sources cite saccharomycosis as synonym of blastomycosis, as the fungi of the genus *Saccharomyces* figure among the agents of this group of infirmities.
(See Cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*; Fungus).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Saccharomyces albicans: a fungus formerly placed in the genus *Saccharomyces*, now known as *Candida albicans* (*Monilia albicans*), parasitic on animals, found in several parts of the human body, especially in the gastrointestinal tract, the oropharynx and other muco-cutaneous regions. The bacteria living in the intestine normally

prevent the proliferation of the fungus. However, if the equilibrium is disturbed by antibiotics or any disease, the fungus develops and produces an affection called mugget, candidiasis or moniliasis, characterized by white plates that spread inside the mouth, the vagina and sometimes the anus.
(See *Oïdium albicans*).

Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Stedman, 1979.

Salicylic acid [HOC_6H_4COOH]: acid used in medicine, in pharmaceutic industry and the industry of dyes. It is used topically as ceratolythic (descaling), antiseptic and fungicide. According to Murray (1910), this acid was also used as anti-pyretic.

Sources: Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Salol [$C_{13}H_{10}O_3$]: a substance resulting from the mixture of salicylic acid with phenol, employed as analgesic, anti-rheumatic and anti-pyretic. It was used as an antiseptic in chronic wounds (under the form of aromatized powder) and in the treatment of gonorrhea, a bacterial infection transmitted by sexual relations. According to D'Elia (1926), the expression "salol proof" designated the method of gastric function by means of an injection of one gram of salol and subsequent investigation of salicylic acid in the urine: if the stomach did not contract much and the pancreas functioned normally, it would appear in the urine the reaction produced by the salicylic acid which, on the other hand, did not react to the bad pancreatic activity. Also called phenol salicylic ester and phenyl salicyllate.

Sources: Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1979; www.134; www.135.

Scabies or Mange: known in Brazil as *coruba* or *curuba*, *já-começa*, *jareré*, *jereré*, *pereba*, *pira* or *sarna*. A contagious cutaneous disease affecting man and other animals, caused in the latter by several kinds of mites and in the former by *Sarcoptes scabiei*. It is transmitted by direct contact with the infected skin, during sexual relations or the common use of clothes. The male parasite opens cavities in the skin and there the female lays her eggs, which eclode within seven to ten days afterwards, generating new parasites. Scabies occurs in men and women of whatever age and is not always associated with bad hygienic conditions. It manifests itself through intense itching, papulae, vesicles and wounds, which may spread over the abdominal region, arms, genitals and legs. In animals it infects abdomen, legs, breast and ears, and may cause the definitive or temporary loss of hairs (alopecia). Treatment is made orally and through topical applications, the isolation of the patient being recommended. Moreover, all clothes must be substituted daily, including bath and bed clothes. There exists one type of itch, the "Norwegian itch", whose degree of infection is very high and whose symptoms are more severe than usual, with intense scaling. It is estimated that every year about 300 million cases of scabies appear in the world; its pathogenic agent has been known for at least 2,500 years.

Sources: Houaiss, 2001; www.84; www.91; www.95; www.97; www.98; www.136; www.157.

Scarlet fever: an infecto-contagious pathology, characterized by the appearance of a reddish or scarlet erythema (hence the origin of the name), of enanthema of the mucous membranes, principally on the internal

side of cheeks and pharynx, besides high fever and generalized descaling. It is caused by *Streptococcus scarlatinae*, a beta-hemolytic streptococcus of the A group. The disease may appear at any age, but it affects principally children and requires therapeutic intervention, nowadays on the basis of antibiotics. Its clinical picture involves a four day incubation period, angina and pyrexia by the end of 24-48 hours, cutaneous eruptions around the neck and loins; descaling of the skin between the seventh and eighth days, the surging of plaques along several weeks and alteration of the mouth's mucous membrane. In more serious cases, the abscesses last for a longer time, and sometimes it is accompanied by rheumatism, otitis and nephritis. Cardenal (1960) classifies the disease into: "ambulatory", a benign form, with no fever; "anginous", indicated by the exasperation of pharyngeal symptoms; "apyretic", with benign evolution of the initial symptoms and a slightly feverish state; "hemorrhagic", with blood elimination in the skin or urine; "latent", with absence of cutaneous eruption, but evolution of pharyngeal angina and nephropathy; "malignant", in which the severest symptoms are intensified, producing great physical weakness; "nervous", form in which convulsions and cerebral symptoms predominate; and, finally, "papulous", with the appearance of papulae. Scarlet fever epidemics have been known since Antiquity, having been described by Hippocrates in the 5th century b.C., and by Cornelius Celsius in the first century of our era. Up to 1676, when Thomas Sydenham (1624-1689) established definitively the distinctive characteristics of the infirmity, it was considered as a variety of measles or smallpox. It streptococcic origin was identified by Friedrich Loeffler (1852-1915) and confirmed by Klein in 1886. In 1923, North-American microbiologists Gladys Rowena Dick (1881-1963) and George Frederick Dick (1881-1967), in collaboration with Alphonse Dochez (1882-1964), evinced the specific etiology of the disease when they experimentally reproduced it in humans.

Sources: Cardenal, 1954; Cardenal, 1960; D'Elia, 1926; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Schreiber & Mathys, 1991; Stedman, 1979; www.99; www.100; www.101; www.121; www.5.

Schenck, Benjamin R.: North-American surgeon (1873-1920) born in Syracuse, New York. Graduated in 1898 at John Hopkins Medical School, he dedicated himself to the practice of gynecology in Detroit, from 1903 on. He was a gynecologist of Harper Hospital and associate professor of the State Medical Society in 1906, a position occupied up to 1919, when health problems forced him to move to California, where he died, victim of tuberculosis. We owe him the discovery of Schenck's disease, a gummatous lymphangitic form of sporotrichosis.
(See Sporotrichosis).

Sources: Stedman, 1979; www.12.

Schizomycetes: name used in ancient systems of classification to designate a division of the Vegetable Kingdom encompassing all the bacteria. In 1857, for instance, Carl von Nägeli, a botanist from Munich, united several genera of bacteria in a group called by him Schizomycetes, placing it next to colorless primitive plants, i. e. mushrooms. In botany, bacteria is a synonym of Schizomycetes. Under this denomination were included the unicellular plants devoid of chlorophyll, reproducing by simple division, such as bacteria and blue algae (Cyanophyceae). In the 19th century the term was the

subject of debate, in the wider controversy on the nature of bacteria. (See Bacteria; Fungi; Mushroom).

Sources: Benchimol, 1999; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.31.

Schrön, Otto Carl Gottlieb von: German doctor born in Hof, Bavaria, on September 7, 1837. He studied medicine at the Universities of Erlangen and Munich and in 1864, after obtaining the doctorate, was invited by Professor De Filippi, from Turin, to come to Italy to make the preparates and drawings of anatomy that had rendered him famous. One year later he became professor of pathological anatomy at Naples University, and in this city he died on May 13, 1917. Schrön has his name associated to an acid-resistant bacillus found in the egg germinative spot (Schrön's granule).

Sources: Cardenal, 1960; Dorland, 1947; www.228; www.166; www.42.

Scleroma, sclerema or scleroderm: a small, hardened and circumscribed area occurring especially in the tissues of the nose and larynx, but also in other regions of the skin and the mucous membranes.

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Silver nitrate [$AgNO_3$]: in medicine it has been used in the treatment of epilepsy, chorea, tabes and dysentery. In more or less diluted solutions, it was applied externally in cases of blenorrhagia, of simple, granulose or purulent conjunctivitis and yet as a caustic and antiseptic substance. Internally, it was applied in cases of chest angina, hemiplegia, diabetes, affections of the digestive tract (gastritis, dyspepsia, gasltralgy, cholera), including expulsion of worms.

Sources: Cardenal, 1960; Paulier, 1882.

Simple Pneumonia: pneumonia affecting only one of the lungs. (See Pneumonia).

Sources: D'Elia, 1926.

Sodium salycillate: salycillate is an ester or salt originating from salycilic acid (amonium, bismuth, mercury, etc.) found in aspirin or other medicines used to combat pain and fever, as well as anti-acids, anti-diarrhoetics and solutions for the removal of corns or warts. Excessive doses of sodium salycillate, above 200 to 500 mg, may cause collapses, convulsions, diminution of the respiratory capacity and of blood pressure, several neurological disturbances, nausea, gastrointestinal bleeding, somnolence, vomit, ear buzzing and other symptoms. Treatment must especially fall upon the attenuation or elimination of the acid effect of the salycillate upon the organism.

Sources: Cardenal, 1960; Houaiss, 2001; www.157.

Soft chancre: also known as chancroid, simple venereal cancer, Ducrey's ulcer, soft ulcer, simple venereal ulcer, or, popularly, in Brazil, as "cavalo" (horse). It is a typically human, acute infection, sexually transmitted, caused by *Haemophilus ducreyi*, a Gram-negative coccobacillus, with rounded ends, of difficult growth in culture media (even under ideal conditions, only 65% of them have the expected growth). It was only in 1900 that Fernand Bezançon was able to cultivate this microorganism in media composed of gelose and rabbit blood. The etiology of soft chancre was the subject of intense disputes up to the second half of the 19th century. While some authors maintained its identity with syphilitic chancre, others affirmed that they were dealing with a new pathology, originated by a proper germ.

The specific characteristics of the disease were established by Léon Bassereau (1810-1887) in his *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis* (Treatise of the symptomatic affections of syphilis in the skin), and by Phillippe Ricord (1800-1889), in his "Lettres sur la syphilis" (addressed to the chief editor of the *Union Médicale*), both published in Paris in 1852. In 1889, the Italian doctor Augusto Ducrey (1860-1940) isolated the causative agent of the soft chancre and was able to reproduce in man the typical ulceration and all the stages of the infirmity. In that same year, Ducrey's experiment was reproduced in monkeys by Charles Nicolle (1866-1936). The existence of the bacillus was also corroborated by Primo Ferrari and Mannino De Luca, in 1889, and by Paul Gerson Unna (1850-1929), in 1892. The disease attacks especially external genitalia, but may also compromise anus and, more rarely, lips, mouth, tongue and throat. Characterized by ulceration accompanied by infectious adenitis and ganglionar abscess, this affection is clearly dominant in the male gender, but also occurs in women. Contagious by inoculation, it is disseminated by the pus generated at the infected place. From four to five days after coition, an inflammatory papula appears, evolving, after two or three days, to a very painful typical ulceration, which may be multiple, but in most cases simple. Although there is an association between soft chancre and syphilis in about 10% of genital ulcers, in the case of soft chancre, ulcers appear under a non-hardened (soft) consistency, with well-defined, upright, reddened rim, over a dirty, purulent ground with fetid odor. Differently from syphilitic ulcer, chancroid does not cicatrize spontaneously. There is no serological test available for testing it; diagnosis is made clinically, through the identification of the characteristic ulcer that appears soon after the suspect sexual contact. With the early use of antibiotics there occurs no progression of adenopathy, but in untreated cases it may evolve into suppuration and fistulization through a single orifice. The first medicines used, already in the era of antibiotics, were sulfas and then tetracyclins. The cost of treatment is high, because it uses expensive medicaments, rendering it difficult in poor countries like Brazil. The use of erythromycin, furnished by the public health service, is a good option for all cases of the disease. Due to its nature, sexual partners must be treated together. Vaccines against soft chancre are being developed. Considered as the main sexually transmissible disease before the advent of antibiotics, it continues to be the commonest genital ulcer in developing countries. After the introduction of sulfonamides there has been a steep decrease of its incidence, but registered cases tended to increase in certain countries by the end of the 1960's. The disease remains endemic in many regions where social and economic conditions are precarious, prostitution having an important role in its dissemination.
(See Chancroid; Syphilis).

Sources: Bier, 1957; Brouardel & Gilbert, 1896; Cardenal, 1960; Dorland, 1947; Houaiss, 2001; Murray, 1910; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992; www.78; www.79; www.80; www.175.

Sommer, Baldomero: Argentinian doctor born in Buenos Aires on March 21, 1857, died in the same city on April 18, 1918. The son of a German mother and Danish father (a famous hat maker in that city), Sommer obtained his doctorate in 1874 and strived to increase the knowledge, prevention and

cure of hanseniasis. Hospital Baldomero Sommer, one of the most important Argentinian hospitals dedicated to the treatment of that disease, bears his name by a Decree from July 11, 1947. The Argentinian physician was the secretary of the First International Conference on Leprosy, held in Berlin in 1897. He participated in the Latin-American Scientific Congress held in Montevideo the following year, writing down the deliberations concerning leprosy. He was also honorary president and promoter of the First National Conference on Leprosy in Buenos Aires, in 1906. Three years later, he was the representative of the Argentinian Government in the Second International Conference on Leprosy, in Bergen. Sommer is considered one of the main creators of the "Argentinian dermatological, leprological and syphilographic school"; around 1892, he created and directed that chair in the Faculty of Medical Sciences at Buenos Aires. In 1907 he founded the Argentinian Society of Dermatology, the first institution of that kind in Latin America. He would also participate as foreign or corresponding member in the dermatological societies of Paris, Berlin, Rome and Rio de Janeiro. He was also head of the service of skin diseases of Hospital de Niños, founded in Buenos Aires on April 30, 1875. In 1892 he occupied the same position in Hospital San Roque, now Ramos Mejía. Sommer presided the Argentinian Medical Society in 1897 and in 1912 entered the National Academy of Medicine, of which he was general-secretary in 1918. Public health was another field in which he played an important role. He was "Director de Asistencia Pública" in Buenos Aires and a vocal of the National Department of Hygiene. In the middle of 1910 he was counselor of the municipality. Baldomero Sommer presented a project regarding the pasteurization and obligatory treatment of the milk destined to the inhabitants of the federal capital, a project transformed into law in December 1907. He also took part in the campaign against mosquitoes that began in 1913.
(See Leprosy).
Sources: www.13; www.9; www.8; www.266.

South American blastomycosis: caused by the fungus *Paracoccidioides brasiliensis*, it is also known as Lutz's disease or Lutz-Splendore-Almeida's disease. The inflammatory process is localized in the submucose and presents itself as a non-specific chronic infiltrate, revealing microabscesses and granulomes of the giant epithelioid cells. It reaches the trachea and the lymphonodus. Very often lesions of the oral mucose, larynx and pharynx occur. Cutaneous lesions result from the haemotogenic dissemination of the fungus and are generally related to an infectious process of higher gravity. These lesions, with a polymorph aspect, appear in the face and around the body's natural orifices such as mouth, nose and anus. Antibiotics, associated with rest, hyperproteic and hypercaloric diet with vitamin supplementation, are important for its treatment, although a total "cure" is still unavailable for bearers of paracoccidioidomycosis, due to the impossibility of eradication of its causative agent. The different therapeutic modalities only decrease the quantity of fungi in the organism, allowing the recovery of cellular immunity and the reestablishment of equilibrium between parasite and host. Paracoccidioidomycosis is an autochtonous systemic mycosis of Latin America. Of an endemic character among populations of rural zones, it attacks mostly individuals of the male gender, 30 to 60 years old, its incidence

being rare in persons below the age of 14. It is important to public health for its incidence in an economically active population and for frequently causing severe consequences preventing individuals of reassuming work. If untreated, it generally leads to obit. For many years the concept that the infection occurred by the implantation of the fungus in the oral mucosa through traumas caused by the habit of chewing different types of vegetables prevailed. Nowadays, the inhaling way is considered the main entrance door of the infection. In 1908, Adolpho Lutz published observations that inaugurated the studies of South American blastomycosis, also known as Brazilian blastomycosis or paracoccidioidomycosis. In that paper, Lutz already separated this disease from the one described by Posadas and Wernicke – the coccidioidomycosis. (See Coccidioidomicose).

Sources: www.3; www.33; www.56.

Spina or spina ventosa: bone lesion eventually observed during tuberculosis or osseous cancer, in which the affected bone dilates in greater or lesser degree, as if inflated by gas.

Sources: D'Elia, 1926; Dorland, 1947; Landouzy & Jayle, 1902; Stedman, 1961; Stedman, 1979.

Spirochaeta pertenuis: microorganism originally named and described by Aldo Castellani in "On the presence of spirochaetes in some cases of parangi (yaws, *Framboesia tropica*). Preliminary note", *Journal of the Ceylon Branch of the British Medical Association*, 1905. Through several experiments, Castellani proved that monkeys could be infected with material extracted from persons suffering of yaws, especially their blood. He also demonstrated that, when they were removed by filtration, the material became harmless. Lastly, Castellani showed that it was possible to detect antigens and antibodies specific of yaws by means of the Bordet-Gengou reaction. The bacteria received other names, such as *Spirochaeta pertenuis*, given in 1912 by Lehman and Neumann. Gross, also in 1912, placed that species in the genus *Spironema*, and Macé, in 1913, in the genus *Spirillum*. It is now known as *Treponema pertenue*. It is the causative agent of *piã*, a term of the Tupi (Brazilian indigenous) language meaning "raised skin, tumor". Patients attacked by this disease (also called *framboesia tropica*) respond positively to Wasserman's test. *Treponema* is a genus of anaerobic bacteria (Order Spirochaetales) consisting of cells 3 to 8 microns in length, with sharp, regular or irregular spires, without an obvious protoplasmic structure. They are difficultly stained, except with Giemsa's dye or silver impregnation. Some species are pathogenic and parasite man and other animals, generally producing local lesions in the tissues.
(See Yaws).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979; www.61; www.62.

Splendore, Alfonso: Italo-Brazilian doctor (Cocenza, Italy, 1871; Sâo Paulo, 1953). Graduated at the Faculty of Medicine of Rome (1897), he worked as an assistant to Angelo Celli in the Institute of Hygiene of that capital. In Brazil, Splendore worked with Adoplho Lutz at Instituto Bacteriológico of São Paulo. When he returned to Italy to serve in his country's army during World War I (1914-1918), he had already published several important contributions, among them *Toxoplasma cuniculi* (1910), a pioneer work on human toxoplasmosis; *Blastomicose, esporotricose e relações com processos*

afins, a communication submitted to the VII Congress of Dermatology and Syphilography held in Rme (1911); *Toxoplasmose de coelhos*, presented at the I Congress of Comparative Pathology (1912); *Una afezzione micótica com localizazione nella mucosa della bocca, osservata in Brasile, determinata per fungi (Zymonema brasiliense sp.)*, published in the *Bulletin de la Société de pathologie exotique* (1912, 5: 313-319), one of the foundation stones of the discovery of South American blastomycosis, also called Lutz-Splendore-Almeida's disease.
(See South American Blastomycosis).
Sources: Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Spore: reproducing corpuscle of fungi and of certain species of bacteria. Generally of a unicellular and mononucleate structure, spores are devoid of embryos, possessing the capacity of germinating under certain conditions and of reproducing asexually. Resistant to heat and dessication, they either develop by themselves or after fusion with other spores.
Sources: Houaiss, 2001; Ferreira, 1999; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908.

Sporotrichosis: a generally benign infection of men and animals caused by fungi of the species *Sporothrix schenckii*, often limited to the skin and the subcutaneous tissue, which may spread to the bones and internal organs, especially in immune-deficient individuals. Three forms have been described: a disseminated gummatous form (Beurmann's disease), a gummatous lymphagitis (Schenck's disease) and an haematogenous form characterized by the presence of multiple abscesses. Distributed worldwide, sporotrichosis especially attacks farmers, horticulturists and other field workers, as *Sporothrix* is commonly found in rose-trees, gooseberry's bushes, sphagnum moss and other vegetable matters. The fungus penetrates the body through injuries in the skin of the extremities of the body or the gastrointestinal tract. The initial cutaneous lesion is characteristic: a subcutaneous nodule of elastic consistency, spherical shape and mobile. Once attached to the skin, it becomes reddish and then black, due to the tissue's necrosis or death. In the following days or weeks, the cutaneous infection spreads through the lymphatic vessels of the hand and arm up to the lymph nodes, forming nodules and ulcers along their course, and may reach the lungs and other tissues. According to D'Elia (1962), the disease began to be studied in the beginning of the 20th century; it was then considered that its agent was a fungus which could live for a long time as saprophytic upon plants, which thus became transmission agents. At that time treatment consisted of internal use of potassium or sodium iodide in high doses (3-5 grams a day), or, in cases of intolerance, in subcutaneous injections of iodated preparations, such as iodated oil, iodone, iodine-gelatin, etc. This treatment was assisted by bitters, by gastric antisepsy and the application of iodated dressings over the ulcerated gummas. Nowadays the infection is treated with oral intraconazol; potassium iodate is also administered, although not so efficacious and capable of causing collateral effects in most patients.
(See Beurmann, Charles Lucien de; Schenck, Benjamin R).
Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; www.34; www.58.

Sporotrichum: a genus of the *Fungi Imperfecti*, similar to yeast fungi, which formerly included *Sporotrichum schenckii*, the causative agent of sporotrichosis in men and animals. Only some species of this genus are pathogenic, such as *S. schenckii*, *S. beurmanni*, *S. dori*, which are also agents of sporotrichosis.
(See Sporotrichosis).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Staphylococcus: a Gram-positive, round-shaped bacterium generally forming irregular agglomerates of cocci similar to bunches of grapes. Potentially pathogenic, these bacteria are motionless, aerobic or anaerobic, and do not develop spores. They may provoke local suppurative lesions, alimentary poisoning and severe opportunistic infections. They are found in skin, cutaneous glands, nasal mucous membranes and in food products.
(See Bacteria).

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Staining: a stage of the technique for microscopic section preparation, consisting of imbibing them in dyes which fix on certain elements, rendering their observation easier. For animal tissues, the substances used are haematoxylin, eosin and methylene-blue, iodated water, etc.; in bacteriology, especially ammoniacal fuchsine is used (Gram's method), which divides the bacteria into Gram-positive and Gram-negative, depending on the fixation of the dye.
(See Fuchsin; Gram's method).

Sources: Larousse, 1971.

Stenosis: congenital or acquired state in which the light, passage or caliber of a natural or organic conduct, as, for instance, the urethra or the heart valves, is much narrower. The expression "diphtheric stenosis" probably designated this anomaly observed in the larynx, trachea or larger bronchi.

Sources: Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Stedman, 1979.

Streptococcus: common denomination of bacteria occurring in groups of small spheres associated in the shape of chains. They are aerobic or facultatively anaerobic, Gram-positive, almost always motionless, and they do not form spores. Generally parasitic upon vertebrates, they are especially localized in mouth, upper air passages and intestines of human beings and other animals. The type-species is *Streptococcus pyogenes*, ethiologic agent of various infectious diseases, described by Anton Rosenbach (1842-1923), in 1884. Other species pathologic to man are *S. pneumoniae* (Klein, 1884; Chester, 1901), causing pneumonia, and *S. aureus* (Rosenbach, 1884), agent of endocarditis and meningitis. Some non-pathogenic species, such as *S. lactis* (Lister, 1873; Lohnis, 1909) and *S. cremoris* (Orla-Jensen, 1919) are used in the fabrication of butter and other dairy products.
(See Bacteria).

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.168.

Strychnine [$C_{21}H_{22}N_2O_2$]: substance isolated by the French chemists Joseph Bienaimé Caventou (1795-1877) and Pierre Joseph Pelletier (1788-1842) in 1818. It is extracted from the bark and especially from the seeds of plants of the genus *Strychnos*, whose more

dangerous species are *Strychnos nuxvomica*, *Strychnos colubrina*, *Strychnos minor* and *Strychnos toxifera*. According to Stedman (1979), strychnine is an alkaloid from *Strychnos nuxvomica*, presented in the form of colorless crystals of intensely bitter flavor, almost insoluble in water. Having as main characteristic the capacity of stimulating the central nervous system, strychnine is used as stomachic, antidote for depressive toxics and in the treatment of miocarditis. Its therapeutic popularity, however, is undesirable, as it is capable of producing acute or chronic poisoning in men and animals. It is used inclusively to kill rodents. By the end of the 19th century, Paulier (1882) recommended administration of small doses of strychnine as pills, hypodermic injections, unguents, syrups, powder, alcoholic tincture and extract, for gastric problems (dyspepsia, gastric trouble, constipation), affections of the nervous system (asthenic paralysis, hemiplegia, paraplegia), cholera, pellagra, intermittent fevers and other diseases.

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Sublimated carbol (C_2H_5OH): a colorless crystallized compound obtained by the distillation of coal pitch. Through the addition of 10% water, it becomes a clear liquid with peculiar odor and pungent taste. It is a powerful germicide, but very toxic. In a 2.5% solution it was used externally in the treatment of wounds and ulcers, and internally in cases of diphtheria and fetid bronchitis. It is also employed, in 5% solutions, as an environmental disinfectant and for disinfecting surgical instruments and the hands of surgeons. In pure state it is caustic and local anesthetics. It was also used as unguent (at 10%).

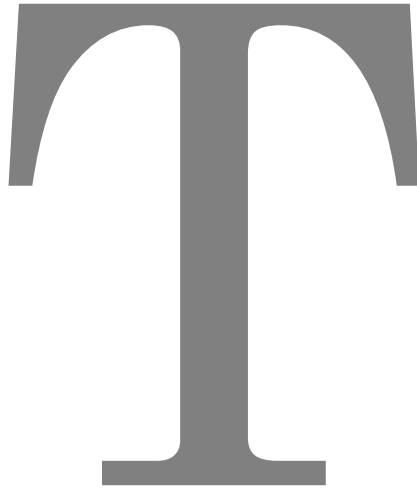
Sources: Cardenal, 1960.

Syphilis: an infectious disease of chronic and systemic character, generally transmitted by sexual contact and rarely by feto-placentary contamination (congenital syphilis). It is caused by *Treponema pallidum*, a spirochete attacking man exclusively. For a long time it was confused with gonorrhea and other treponematoses. In 1838 it was individualized by the French dermatologist Philippe Ricord (1800-1899), who classified the clinical evolution of the disease into three distinct periods: primary, secondary and tertiary. In the primary phase, after an incubation period of two to three weeks, a superficial wound appears. In a few days, it evolves towards a resistant and almost painless ulceration called hard chancre, protosyphiloma or primary chancre. The lesion is well delimited, with smooth and uniform surface. It generally occurs on the genital region, being very contagious and almost always accompanied by inflammation of the lymphatic ganglia. It recedes spontaneously within three to five weeks, before or after the beginning of the second phase of the disease. In the secondary period, the dissemination of the infirmity through the blood stream occurs, causing the appearance of lesions on the mucous membranes and of cutaneo-maculose eruptions (syphilitic roseolas) that may extend over the entire body. Lesions appear in about two months after infection. They may be accompanied by high fever, anemia, generalized adenopathy, and pain in articulations. They also recede spontaneously with the increase of immunity. The so-called tertiary syphilis corresponds to the third and last stage of the disease. It is characterized by tegumentary lesion beginning with the appearance of soft nodosities (syphilitic gums) disseminated all over the body, which evolve towards ulceration,

causing damage to the viscera and the cardiovascular apparatus. In some cases the central nervous system is affected, with the occurrence of dorsal tabes, progressive paralysis of limbs or syphilitic meningitis. More rarely, there is the occurrence of extrategumentary lesions, including several affections of eyes and bones. Tertiary syphilis manifests itself between the third and the fifth year after infection, in untreated cases. In this phase, the possibilities of transmission are extremely reduced. The geographical origin of syphilis is a much debated question. Some historians consider that it was introduced in Europe by Spanish sailors coming back from the American continent in 1493. Others, on the other hand, maintain that this infirmity would originate in the European continent itself, but that for a long time it remained confounded with leprosy. Anyway, it may be said that the existence of syphilis in Europe was only widely recognized after the epidemics that assailed the continent at the end of the 15th century. The uncertainties about the origin of syphilis are manifest in the several denominations this malady received, associating it to different countries (America, Portugal, Naples, France, Germany, Scotland, among others). The word «syphilis» was invented by the Italian physician and poet, Girolamo Fracastoro (1478-1553), in his poem *Syphilis, sive morbus gallicus*, narrating the history of a fictitious shepard, Syphilus, chastised by the gods with this terrible illness. In 1903, Ilya Ilytch Metchnikoff (1845-1916) and Emile Roux (1853-1933) were able to reproduce syphilis, experimentally, in anthropoid apes. *Treponema pallidum* was discovered by scientists Fritz Richard Schaudinn (1871-1906) and Erich Hoffmann (1868-1959), in 1905. In the following year, German bacteriologist August von Wassermann (1868-1959), in collaboration with Albert Neisser (1855-1916) and Carl Bruck (1879-1944), developed the first method of diagnosis for this infirmity. Mercury, associated or not with warm baths, was, together with iodine, one of the first treatments used against the disease. Later on, therapy underwent a great evolution with the discovery of arsenic compound 606 (salvarsan) by Paul Ehrlich (1854-1915) in 1911. In 1921, derivatives of bismuth were introduced by Constantin Levaditi (1874-1953) and R. Sazerac. The treatment with antibiotics began in 1943. With the diffusion of penicillin, the incidence of syphilis was drastically reduced, to the point of being considered, nowadays, an easily controlled disease. In spite of this, in the last decades, a surprising increase of the infirmity was verified, a phenomenon perhaps caused by the inadequate use of medicaments and by the appearance of microorganisms resistant to penicillin. Another aspect to be considered is the presence of syphilis in patients bearing Acquired Immune-Deficiency Syndrome (AIDS), cases in which clinical conditions evolve more rapidly and in which treatment is less efficacious. Syphilis is also known as lues, venereal lues and avariosis. (See Hard chancre).

Sources: Bier, 1957; Carrara, 1997; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; www.47; www.217; www.218; www.219; www.220; www.221; www.222.

Symptomatic asthma: the same as reflex asthma or pseudoasthma, occurring as a reflex during diseases of viscera, nose or other parts of the body. It may designate any variety of asthma distinct from bronchial or true asthma, as diabetic, arthritic, herpetic, toxic or uremic asthmas. (See Asthma).

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Tannic acid [$C_{76}H_{52}O_{46}$]: acid found in certain plants, especially in the bark of oak and other trees of the family Fagaceae. Often used as mordent in photography colorants and in the production of paper, inks and drinks. In medicine, it is employed as astringent in the treatment of diarrheas and burnings. By the end of the 19th century, tannic acid had ample acceptance as tonic and astringent, externally or internally taken. In the latter case, it is used against chronic inflammation of the buccal or pharyngeal mucous membranes and in the treatment of diphtheric angina, erysipela, chronic herpetic eruptions and pityriasis. Associated to benzoin it aborted smallpox pustules and attenuated deformed scars provoked by that disease.

Sources: Houaiss, 2001; Paulier, 1882; Stedman, 1979.

Torula: ancient designation of the fungi belonging to the genus *Cryptococcus*, family Cryptococcaceae, among which it is included *Cryptococcus neoformans*, the causative agent of cryptocccosis in humans and animals. Cryptoccosis, which used to be called torulosis, is an infectious disease characterized by nodular lesions or abscesses, mostly in the brains and meninges, but also in joints, lungs and subcutaneous tissues. Miquel & Cambier (1902) defined torula as any imperfect fungus forming acids, as for instance citric and lactic acids. (See Cryptococcosis; *Cryptococcus neoformans*).

Sources: Houaiss, 2001; Miquel & Cambier, 1902; Stedman, 1979.

Trichosporosis or trichosporiasis: an infection provoked by fungi of the genus *Trichosporon*, characterized by the presence of nodosities in hairs, also known as *piedra negra* and *piedra alba* or *blanca*. The former, caused by the fungus *Piedraria hortai*, attacks hairs principally; the latter, much rarer, is caused by *Trichosporon beigelii*, attacking the beard and mustache of young men. Both are related with precarious conditions of hygiene, but *piedra negra* occurs in regions of tropical climate and high pluviometric

indices, whereas *piedra blanca* depends upon predisposing factors such as diabetes, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) and other immune deficiencies.

Sources: Cardenal, 1960; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979; www.126

Tubercle: in anatomy, tubercles are small structures forming a rounded bulge on the surface of an organ, especially bones and certain regions of the brain. Examples are the quadrigeminous, mammillary tubercles (in the brain), Aranzi's tubercle on the median part of the sigmoid valves of the aorta etc. Pathologically, for D'Elia (1926), tubercle was a common name given to two morbid alterations, one of the skin (cutaneous tubercle), the other common to all tissues (tubercle proper). A tubercle is also defined as a small rounded tumor, characteristic of tuberculosis, formed in the interior of tissues.

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004.

Tuberculosis: also known as white plague, it is the disease that has the greatest number of deaths in the history of humanity, still representing a great menace; contemporary studies have shown that almost 2 billion inhabitants of the planet are infected, and that about 3 million people are killed by tuberculosis every year. It is an endemic, infecto-contagious disease provoked by *Mycobacterium tuberculosis*, or Koch's bacillus, a microorganism in the shape of a rod, discovered in 1882 by German doctor Robert Koch. This bacillus, devoid of movement of its own, needs oxygen to live and does not reproduce outside the body of man or other animal, except in laboratory cultures. Persons infected by the bacillus may not develop the disease. In most cases the invading bacteria are killed or rendered inactive by the natural defenses of the body. As a rule, the individual contracts the infection by inhaling bacilli floating in small drops of humidity in the air, bacilli let loose there by a patient of tuberculosis when he coughed or sneezed. The bacteria may also enter the body through contaminated food, as the milk of cows affected with tuberculosis. In countries where milk is pasteurized and animals periodically examined, the occurrence of this type of infection has become rare. The lungs constitute the main focus of the bacillus, but tuberculosis may affect almost all parts of the body: the lymphatic ganglia located at the thoracocervical region, pleurae, meninges, bones and joints, skin, kidneys, genital organs, eyes and intestines. All of these parts may harbor lesions caused by Koch's bacillus. One of the forms of the disease, "cutaneous tuberculosis" or "tuberculosis vorax" (as it rapidly consumes the skin and the cartilages), is also known as "vulgar lupus" – a nosological category created by Robert Willan (1757-1812) in the beginning of the 19th century, but nowadays recognized as a modality of tuberculosis. The disease also attacks animals, especially domestic ones, as oxen, pigs and hens. In most cases, it develops when the natural defenses of the body are enfeebled by an infirmity or some other cause. Entering in contact with the organism, the invading germs activate the natural defenses, and many of them are killed. Moreover, defense cells surround groups of bacteria, forming hard tubercles within which the bacteria are kept alive, albeit inactive and innocuous (whence the term tuberculosis). Sometimes the disease manifests itself years after infection. The first invasion of germs, followed by the formation of tubercles, is called primary

infection of primary complex, symptoms being rare during this period. Some other times, however, there are fever, nausea and eruptions on the skin. The first symptom of pulmonary tuberculosis is prolonged coughing, leading patients to believe they have only contracted a renitent cold. Next, there is considerable loss of weight. In severe and advanced cases, there may be hemorrhage, the patient eliminating blood by the mouth. The fight between bacilli and body defenses may last for a long time. If untreated, the patient becomes more and more infirm. New cavities are opened in the lungs and the germs spread to other parts of the body. In 1890 Robert Koch (1843-1910) announced the discovery of a sterile glycerinated extract obtained from tuberculosis bacilli cultures, giving to that substance the name tuberculin. He verified that the product was extremely toxic to animals with tuberculosis and relatively innocuous to healthy ones. At first Koch believed he had found the cure for tuberculosis, but further experiments he carried out soon demonstrated the inefficacy of the treatment. Abandoned as a therapeutic method, tuberculin passed to be utilized in the diagnostic of the disease. As therapy for tuberculosis, initially prevailed the treatment made in sanatoriums, establishments created in Europe, America and other parts of the world starting in the second half of the 19th century. The objective of the treatment was the spontaneous cure of the patient submitted to adequate conditions: rest, overfeeding, favorable climate and the isolation. In 1909, two researchers of Pasteur Institute, Albert Calmette (1863-1933) and Camille Guerin (1872-1961) reported the development of a bacillus with attenuated virulence possessing immunizing capacity against tuberculosis. After a series of tests, BCG, the first attenuated bacterial immunizer, came to be regularly used as vaccine. The scientific progress verified during the first decades of the 20th century helped to refute some beliefs accepted until then about the disease, among them, its supposed hereditary character and the importance of the climate for the patient's recovery. In 1944, the discovery of an antibiotics, streptomycin, by Selman Waksman (1888-1973) and collaborators, opened a new perspective for the treatment of tuberculosis. Other significant advance was the discovery of isoniazid (hydrazid of isonicotinic acid) in 1951, a substance that prevents proliferation of the bacilli. Once the efficacy of antibiotics for the cure of tuberculosis was corroborated, its treatment came to be made in ambulatories, in most cases, being unnecessary the internment of the patient. As a result, sanatoriums were gradually inactivated. In the past, in sanatoriums, a surgery was made to make a sick lung retract, so it stopped functioning. Doctors still opt for surgery in certain cases, but, instead of provoking the lung's collapse, they only extirpate the affected part. The remainder of the lung keeps functioning normally. The consolidation of chemotherapy by means of antibiotics, together with the adoption of prophylactic measures and the simplification of the diagnostic, promoted a radical transformation in the epidemiological profile of the disease in the 1950's and 1960's, materialized into an accentuated decline of mortality indexes. Notwithstanding, the continual use of antibiotics, as well as the prescription of inadequate therapies, occasioned the appearance of drug resistant bacilli. The problem was partly supplanted by the development of new chemotherapic agents and by advances

obtained in the field of microbiology. As the resistance to bacillus is in part determined by the immune system, in the last decades the association of tuberculosis with Aids became frequent. In the last years a growing number of resistant bacilli has been verified. In addition to isoniazida and streptomycin, the drugs more used in the treatment of tuberculosis are etambutol, paraminosalicilic acid – PAS and rifampina. In spite of the considerable reduction of cases of tuberculosis in many nations, including in Brazil, the disease still is a severe public health problem in developing countries, principally in Africa, where there is scarcity of medicaments. Tuberculosis is a very old disease, having been found in lesions of probably tuberculous etiology in bones of Egyptian mummies dating from 3700 b.C. Before affecting man, it was an endemic disease of animals from the Paleolithic Period. It is believed that the agent of tuberculosis had bovine cattle as its original host, *Mycobacterium tuberculosis* being a mutation of *Mycobacterium bovis*, favored by the contact of man with cattle and the increase of demographic density of human populations. The infirmity spread to such a point through western Europe that it came to be the cause of 25% of deaths. It was infrequent or unknown in America, having been imported by European immigrants. However, there are studies indicating that it could have been the cause of some deaths in pre-Columbian Peru. Up to the beginning of the 20th century it was practically unknown in sub-Saharan Africa and in the middle of that century it had not yet reached New Guinea, Papua and Indonesia.
(See Koch's Lymph).

Sources: www.49; www.194; www.195; www.196; www.197; www.200.

Tuberculosis cutis verrucosa: a lesion of the skin caused by Koch's bacillus presenting a verrucose surface with a chronic inflammatory base with suppuration. Also known as tuberculosis verrucosa of the skin, verrucose or papulous lupus, tuberculous wart and scofulodermia verrucosa.

Sources: Cardenal, 1960; Stedman, 1979.

Tuberculosis miliaris acuta or acute granulous tuberculosis: one of the two main forms of human tuberculosis, characterized by the generalized dissemination of *Mycobacterim tuberculosis* in the organism and the formation of minute and countless tubercles in various organs and tissues. It differs from the localized form, which is limited to a specific organ or tissue (lung, bone, kidney, etc.).
(See Tuberculosis).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Larousse, 1971; Stedman, 1979.

Tuberculous or tuberose Lupus: chronic cutaneous infirmity characterized by the development of nodular lesions on the face, generally around nose and ears. The term was originally used to designate any type of corrosive ulceration of the skin. In 1808, Robert Willan (1757-1812) differentiated lupus from other cutaneous infirmities, classifying it as a chronic disease with the name of vulgar lupus. It was also called cutaneous tuberculosis. In 1851, Pierre Louis Alphée Cazenave (1795-1877) described erithematous lupus, distinguishing it from the form identified by Willan. Nowadays the word lupus is always accompanied by an adjective specifying its type.
(See Erythematous lupus).

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; www.182; www.183.

Tularaemia: acute infecto-contagious disease of moderate gravity, provoked by inoculation or ingestion of a Gram-negative bacterium – *Francisella tularensis* (previously known as *Bacterium tularense*, *Pasteurella tularensis*). It is transmitted to man through contact with infected animals or through ingestion of contaminated meat. It may also be conveyed through the bites of infected arthropods such as ticks, lice, horseflies and mosquitoes. It shows a ulcero-ganglionary form generally localized in the region of the bite, and a pleuro-pulmonary form. Its characteristic symptoms are fever, headache, vomit and adenopathy. In 1910, George Walter McCoy (1876-1952) discovered the disease in wild animals in Tulare County, California. Two years later, the same McCoy, together with Charles W. Chapin, described the etiological agent, calling it *Bacterium tularense*. In 1914 the first human manifestation of the infirmity was recognized by William Buchanan Wherry (1874-1936) and B. H. Lamb. As an homage to North American doctor Edward Francis (1872-1957), responsible for important studies about this disease, agent was renamed *Francisella tularensis*.

Sources: Bier, 1957; Larousse, 1971; Houaiss, 2001; Veronesi, 1982.

Uffelmann, Julius August Christian: German doctor born in Hannover, in 1837, died in 1894. After studying theology and philology in Göttingen, he studied medical sciences. He was a physician in Hameln, *Privat-Dozent* in Rostock, where he taught from 1876 on, and *ausserordentlicher Professor* (extraordinary professor) three years later. He published papers about several themes and, in his *Manual of domestic hygiene of the child* (1891), defended the importance of diet and hygiene for the control of diseases.

Sources: www.181; www.167; www.166.

Ulcer: an open lesion with loss of substance in a cutaneous or mucous tissue, causing disintegration and necrosis. Ulcers are more likely to show in parts of the body with bad blood circulation. Even a small blow on those parts may lead to an ulceration. A wound due to traumatism may become ulcerated if an infection occurs.

Sources: Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Stedman, 1979.

Unna, Paul Gerson: German dermatologist born in Hamburg on September 8, 1850. He studied medicine first at Heidelberg University, which he entered in 1850, then at Leipzig and at Strasburg University, where he graduated, under the orientation of Waldeyer, in 1875. His doctoral thesis - *Über die Entwicklung der Haut* (On the development of skin) - brought to light entirely new knowledge about the different parts and constituting elements of skin. In order to make his observations, Unna employed osmic acid and a new dye, picro-carmine, recently discovered by Ranvier. The results of his work would be partially published in his *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, in 1883. Once graduated, Unna went to Vienna, where he studied under Ferdinand von Hebra's (1816-1880), Moriz Kaposi's (1837-1902) and Heinrich Auspitz's (1835-1886) orientation. In 1877, together with Auspitz, he published two articles on pathological anatomy of syphilitic

chancre, in *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*. Going back to Hamburg in 1876, he was hired as assistant doctor in the syphilis section of St. Georger Hospital, in Engel Reimers, an activity that he tried to conciliate with his practice at his father's clinic in Hamburg. In the beginning of the 1880's, he founded his own clinic, dedicated to skin diseases. With Oskar Lassar and Hans Hebra, he created, in 1882, the *Monatshefte für praktische Dermatologie* (now *Dermatoloische Wochenschrift*), the first dermatological journal in Germany and one of the main references of that specialty in the world. The clinic was soon rendered insufficient to attend the growing demand. Unna decided therefore to abandon general clinics and dedicate himself solely to dermatology. In 1884, in a suburb of Hamburg, he inaugurated a modern institute of dermatological training, which came to be attended by students from all over the world. The *Dermatologikum* also attracted doctors of several nationalities, many of them considered pioneers in their respective countries. One of them was Adolpho Lutz, who arrived in Hamburg in March, 1885. Under the orientation of Unna, the Swiss-Brazilian physician developed an important work on the bacteriology of leprosy and other dermatological diseases. In his article published in 1886, in *Monatshefte für praktische Dermatologie* ("Zur Morphologie des Mikroorganismen der Lepra"), Lutz proposed a new classification for the microorganism discovered by Gehard Amauer Hansen (1841-1912). Considering it a new genus, he called it *Coccothrix*. Unna worked for 25 years on the histology of leprosy, having made important contributions to bacteriology, pathology and the therapy of the disease, creating his own histological methods and staining techniques for cells and tissues. In 1891 he discovered plasmatic cells and, in the course of time, verified that they were fundamental components of chronic infections and infectious neoplasias. He also established the difference among several types of adipose tissues and undertook historical studies about the concept of eczema. In 1894 he published his monumental *Die Histopathologie der Hautkrankheiten* (Histopathology of skin diseases), a work that consolidated his prestige as one of the most important dermatologists in the world. From 1906 on, he directed his laboratory researches to the field of chemistry. With Golodetz, he clarified the until then imprecise chemistry of corneous substances, a great advance in dermatology. Researching the biochemical processes of skin, he discovere *stratum granulosum*. In 1911, he verified on the skin the presence of areas with an excess of oxygen (*Sauerstofforte*) and of areas which consumed much oxygen (*Reduktionsorte*). Two years later, using the method of *Chromolyse*, he tried to establish a bridge between histology and the chemistry of tissues. Based on a systematic series of alternating tests with chemical solvents and dyes in sections of congealed tissue, the new method aimed at determining whether the element of the tissue to be examined was or not dissolved after been stained. In 1928 he published *Histochemie der Haut* (Histochemistry of the skin), compiling his main conclusions about tissue chemistry. Besides his works on dermopathology, he left notable contributions in the field of clinical dermatology. He was the author of fundamental studies about impetigo, lichens, diseases of nails and erythema, among other illnesses. In addition, he described a chronic affection of the skin characterized by the inflammation of

regions rich in sebaceous glands, especially the scalp and areas on the face and trunk. Of unknown origin, it was called Unna's disease. His contributions to therapy have been of great importance. Unna thoroughly studied the effect of reduction agents on skin, among them chrysarobin, pyrogallol, resorcin and ichthyol. He introduced the use of medical soaps and recommended skin cauterization for the treatment of small benign tumors and pustular lesions. He developed a paste composed of zinc oxide, gum mucilage and glycerin, which became known as Unna's ointment, still used today in the treatment of varicose ulcers and pruriginous dermatoses. Even before the introduction of radioactive treatments, he worked in the eradication of lupus, which he considered curable. In the field of cosmetics, he defended the use of colored ointments, pastes and powders for face and hands. He published over 150 articles and several monographs. *Kriegsaphorisms eines Dermatologen* (War aphorisms of a dermatologist) was created during World War I, with the intention of training doctors of the German armed forces in the treatment of common dermatoses. Unna also wrote *Die allgemeine Therapie der Haut-Krankheiten* (General therapy of skin diseases) and *Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten durch den praktichen Arzt* (Diagnosis and treatment of skin disease by physicians). Unna, who had always despised academic positions and had many warm disputes with many of those who had them, became, in 1907, full professor of Eppendorf Krankenhaus. The following year, he assumed the position of head-doctor of that institution and, in 1919, was named professor of dermatology of the University of Hamburg. Besides the above mentioned work, he authored the chapter on dermatology of von Orth's (1847-1923) *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, and was co-editor of the *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten* (Hamburg and Leipzig, 1889-1899). He died in Hamburg, victimized by flu, on January 29, 1929.
(See Chrysarobin; Leprosy; Lichen; Pyrogallic acid; Staining; Unna´s ointment).

Sources: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; Hollander, 1987; Olpp, 1932; www.51; www.223.

Unna´s ointment: a paste of zinc oxide, gum mucilage and glycerin, created by German dermatologist Paul Gerson Unna (1850-1929). It was used in the treatment of varicose ulcers. Legs were wraped up with bindings impregnated with the ointment, a curative procedure that became known as "Unna's boot". It is still employed nowadays in the control of hypertension of lower limbs, to help the cicatrization of venous ulcers. Some sources define Unna's boot as a bandage impregnated with paste of zinc oxide at 10%, glycerin, petrolatum, antiseptic agents and cicatrisants.
(See Unna, Paul Gerson).

Fonte: Cardenal, 1960; Larousse, 1971; www.51.

Van Gieson's staining: a method of staining histological preparations with the oldest dye in usage, van Gieson's, constituted by 0.05 part of acid fuchsine and 100 parts of a solution of saturated picric acid. In the presence of picric acid, the acid fuchsine stains the collagenous tissue in a very elective, intense red. The method has the shortcoming of giving a too pale coloration to cytoplasms susceptible to picric acid.
(See Fuchsin; Picric acid).
Sources: Cardenal, 1947; Fernandes, 1943.

Vesicular pityriasis: also known as pityriasis versicolor; tinea versicolor; *pano* and *pano branco* (in Brazil); tinea furfuracea, chromophytosis and Eichstedt's disease, after the German doctor Karl Ferdinand Eichstedt (1816-1882). It is a common, superficial, fungal infection caused by the saprophytic fungus *Piryrosporon orbiculare*, also called *Microsporon furfur* or *Malassezia furfur*, which normally lives on the skin of genetically predisposed, generally young, individuals. The disease is identified by scaly, oval lesions of a red to brown or white color, located on the neck, trunk, arms and cervical region. It may ascend to the face or spread through the forearms, abdomen, flanks, buttocks and thighs, merging into larger lesions with irregular borders, sometimes quite extended. As the name "versicolor" itself suggests, lesions change color. During summer months, when the skin becomes exposed to ultraviolet light, lesions become hyperpigmented, as the infection prevents the fabrication of pigment by the affected skin. Examination of the lesion with KOH reveals yeast-like forms budding and claviform hyphae. According to D'Elia (1926), treatment consisted of sulphurous baths, rubbing with black soap, application of lotion with chloral, van Swieten's liquid and iodine tinctures. Nowadays treatment is made with creams, unguents or lotions of econazol, myconazol, clotrimazol and cyclopyrox, applied twice or thrice a day for three to four weeks

(Wyngaarden, 1992). Another alternative consists in daily soaping, for three to four weeks, with sodium hyposulfate at 10-20%, which is left to dry over the skin, or of selenium sulfate at 2.5% (the base of a commercial shampoo), daily, either twice or thrice a week, letting it act for 15 to 20 minutes. Alcohol salicylate (4%) with benzoic acid (4%) is also useful. Tolnaftate as lotion or cream is an active topical drug. Hypochromy tends to disappear more rapidly when exposed to solar light after treatment, and repigmentation may be accelerated by means of local photosensibilizers (Veronesi, 1982). (See Pityriasis; Pityriasis circinata marginata).

Sources: D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Stedman, 1979; Veronesi, 1982; Wyngaarden, 1992.

Vesuvine: term originated from "Vesuvius", Italian volcano. A brown-colored dye used in microscopy, constituted from the action of nitrous acid upon metaphenylenediamine. Very much used in histological techniques in aqueous solution at 1 to 100. Also known as Bismarck's brown or triamidobenzene.

Sources: Cardenal, 1960; Larousse, 1971.

Vitiligo: a dischromatic lesion of the skin, of unknown cause, characterized by the localized loss of pigmentation and the presence of white spots of various sizes and generally with asymmetric distribution. The skin surrounding the lesioned areas is normally hyperpigmented, and the hairs on the affected parts are almost always white. Also known as acquired leucodermy or acquired leucopathy.

Sources: D'Elia, 1926; Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Landouzy & Jayle, 1902; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Voltolini, Friedrich E. R.: German doctor born in Elsterwerda on June 17, 1819, died on September 10, 1889. He is mainly renowned for his activities in otorhinolaryngology. In this medical specialty he was a pioneer in the application of galvanocaustics in diseases of the larynx and nose, by perfecting the illumination of the laryngoscope and by the adaptation of this instrument as otoscope. He performed clinical activities in Berlin, Gross-Strehlitz and Lauenburg; became a municipal doctor in Falkenberg (Upper Silesia) in 1852 and *Privat-Dozent* of otology and laringology in Breslau from 1862 on. Six years afterwards, he assumed the position of *ausserordentlicher Professor* (extraordinary professor) at the University of Breslau.

Sources: Encyclopædia Britannica, 2001; www.176; www.179; www.211; www.199.

Weigert, Karl: German pathologist (1845-1904), who, from 1871 on, developed ingenious staining methods for different species of bacteria, enormously contributing to the microscopic investigation of these beings. He also created methods for the observation of myelin, of elastic fibers, of fibrin and other organic structures. Weigert verified that a solution of fuchsin, resorcin and iron chloride rendered elastic fibers bluish. Fibrin is dyed in a solution of violet crystal-aniline, then treated with a solution of iodine-potassium iodide and then discolored in oily aniline and xylol; the fibrin thus acquires a dark-blue coloration. Equal results are obtained for myelin, when it is dyed with iron chloride and hematoxylin, the degenerated portions acquiring a yellowish taint. A more complex method renders the neuroglia and the nuclei of its cells bluish, using cupric hematoxylin for the nervous tissues. In relation to Actinomycetes, Weigert recommended soaking them for an hour in a dark-red solution of orseillin in twenty parts of alcohol, five parts of acetic acid and forty parts of distilled water; next, the compound should be washed and stained with an 1% aqueous solution of violet crystal, and finally decolorized with 60% alcohol. Iron hematoxylin, a solution containing hematoxylin, iron chloride and hydrochloric acid, is used as a dye for nuclei of cells. Other techniques created by the German pathologist are still in use, or were perfected; his name is also given to a law according to which the loss or destruction of a part or an element of the organic world may result into a compensating overproduction, especially in processes of regeneration or repairing of tissues and bones.
(See Fuchsin; Staining).

Sources: Cardenal, 1960; Fernandes, 1943; Stedman, 1979; www.46.

Wernicke, Roberto Johann: Argentinian parasitologist, son of German immigrants, Wernicke was born in 1854 and died in 1922. He obtained his MD at Jena University, Germany, taught pathology at the Faculty of Medicine in

Buenos Aires. Together with his disciple Alejandro Posadas (1870-1902), he was the first to describe a new skin disease initially called fungoid mycosis with psoropermians, and, later on, as Posadas-Wernicke's disease or coccidioidomycosis. Both authors published their discoveries independently, in 1892. Wernicke in "Ueber einen Protozoenbefund bei Mycosis fungoides", in the *Centralblatt für Baktyeriologie und Parasitenkunde* (1892; 12: 859-61), and Posadas in "Un nuevo caso de micosis fungoidea con psorospermia", in the journal *Círculo Médico Argentino* (1892; 15: 585-97). In 1893, a new case of the disease was observed by Canadian surgeon Emmet Rixford (1865-1938). New cases were registered in California in 1894 and 1896. The causative organism of that disease was called *Coccidioides immitis* and definitely characterized by William Ophüls and H. C. Moffit (1871-1933) in "A new pathogenic mould formerly described as a protozoan: *Coccidioides immitis pyogenes*: Preliminary report", published in the *Philadelphia Medical Journal*, 1900, v.5, p.1471-2. Also with Posadas, Wernicke was the first to report a case of rhinosporidiosis.
(See Coccidioidomycosis; Coccidium; Posadas, Alejandro; Psorospermosis).
Sources: www.19; www.29; www.225.

Wilson, Erasmus: English doctor (1809-1884), known for his works as anatomist and dermatologist. He was president of the College of Surgeons and of the Biblical Archeology Society and one of the first stockholders of the London & Provincial Turkish Bath Company Ltd. He founded and directed the chair of dermatology of the Royal College of Physicians. He brought to England, from Egypt, the obelisk known as Cleopatra's needle, still found at the margin of the Thames in London. In 1869 he described and named *lichen planus*, a dermatosis that Ferdinand von Hebra had probably identified as *lichen ruber*. (See *Lichen planus; Lichen ruber*).
Sources: Freedberg, 1999; www.53; www.54.

Wucherer, Otto Eduard Heinrich: the son of a Dutch mother and of a German merchant, he was born on July 7, 1820, in the city of Oporto, Portugal, and died in Salvador, Bahia, Brazil, on May 7, 1873. As his father became established as a merchant in Salvador, he lived between his sixth and seventh years in that Brazilian city, moving afterwards to the German district of Baden-Württemberg. He graduated in medicine at the University of Tübingen. Returning to Bahia in 1843, he practiced medicine in several towns of that province before establishing himself in Salvador, in 1847. Attuned with the discussions and theoretical problems of medical topography and geography, he dedicated himself, together with other physicians of that province – especially John Ligertwood Paterson (1820-1882) and José Francisco da Silva Lima (1826-1910) – to the study of tuberculosis, leprosy and ophidism, in addition to diseases associated to tropical climates, notably opilation (ancylostomiasis), beriberi, schistosomiasis, filariasis and the *ainhum*. Published in the *Gazeta Médica da Bahia*, a journal that circulated from 1866 to 1915, Wucherer's studies, and those of other members of his group, ended up by rendering them famous, originating what was afterwards called the *Tropicalist School of Bahia*.
Sources: Barreto & Aras, 2003; Edler, 2002; Larousse, 1971;www.155.

Yaws: also known as bubas, pian, rupia, Amboine button, frambesia, frambesia-like mycosis, polypapillome, tropical granulome, zymotic papillome or yet Breda's disease. A contagious tropical disease caused by spirochete *Treponema pertenue*, it is characterized by cutaneous lesions followed by generalized granulomatose eruption and sometimes by belated destructive lesions of the skin and bones. The disease may destroy the nose cartilage, bones and joints, to the point of invalidating a patient. Yaws may be cured with penicillin injections. The generalized use of this drug, since the 1950's, considerably decreased the number of cases all over the world. The spirochetes of yaws, very similar to those causing syphilis, penetrate the body through cuts or scratches in the skin, the disease being contracted, in many cases, through contact with an already infected person. From the morphological point of view, it is practically impossible to differentiate *Treponema pertenue* from the syphilis treponeme. However, contrariwise to the latter, that of yaws does not affect the central nervous or the cardiovascular systems. Endemic in the beginning of the 20th century, the disease assailed especially the tropical regions of Africa and the Americas, Polynesia, Ceylon (Sri Lanka), Malaysia and other parts of eastern tropics. In the regions where it occurred in endemic form, it frequently became epidemic.
(See *Spirochaeta pertenuis*).

Sources: Cardenal, 1947; D'Elia, 1926; Houaiss, 2001; Koogan-Houaiss, 2004; Murray, 1910; Stedman, 1979; Veronesi, 1982.

Yeast: unicellular Ascomycetes fungi that produce alcoholic fermentation of sugared solutions or used to leaven bread. The most important genus is *Saccharomyces*.
(See Fungi).

Sources: Koogan-Houaiss, 2004.

Zambaco, Démétrius Alexandre: descendant of Greeks, he is also known as Dimítrios Zambakós pasás or Zambaco Pasha, reference made to the title received from the Ottoman Khedive of Egypt for medical services rendered to that country. Born in Constantinople, in Turkey, on May 6, 1831, he obtained French citizenship after his transference to Paris to study at the Faculty of Medicine of Paris. Head of clinic of that faculty and national correspondent by the Division of Anatomy and Physiology of the Academy of Medicine, he authored several important papers on leprosy, all published in Paris: *Mémoire sur la lèpre observée à Constantinople* (1887), *Voyages chez les lépreux* (1891), *Les Lépreux ambulants de Constantinople* (1897), *La lèpre à travers les siècles et les contrées* (1914). According to William Tebb, during the First International Congress of Dermatology and Syphilography, held in the French capital in August, 1889, Zambaco communicated the results of his researches on leprosy carried out on the isle of Metilene, in Turkey, defending the theory that the disease was not transferred from person to person. The inexistence of cases among the fifteen thousand Muslims inhabiting the island seemed to corroborate his ideas of the non-contagiousness of the disease. In the history of medicine his name is also associated to the propositions, defended by the end of the 19th century, of cauterization and removal of the clitoris to diminish the supposed feminine propensity to masturbation. Among his papers about human sexuality, may be cited *Onanisme avec troubles nerveux chez deux petites filles* (1882) and *Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis* (Paris, 1911). He was a member of the Academies of Medicine of St. Petersburg and Vienna and president of the Constantinople Society of Medicine. He died in Cairo on November 17, 1913. (See Leprosy).

Sources: Houaiss, 2001; www.198; www.161; www.133.

Ziemssen, Hugo Wilhelm von: German doctor born in Greifswald on December 13, 1829, Ziemssen died in Munich, on

January 21, 1902. He taught medical clinic at Erlangen University in 1862, and at Munich University the following year. He took is MD only in 1880, already as pathologist and director of the Municipal Clinic of Munich, with a thesis entitled *On myelin, pigment and micrococci of the sputum*. He is recognized for introducing examination methods and treatments with electricity in German medicine, and for his studies on heart movements.

Sources: Der Grosse, 1952-1960; www.229; www.162; www.167;www.48.

Zooglaea: ancient name given to a mass of bacteria kept aggregated due to the production of a gelatinous substance. (See Bacteria).

Sources: Ferreira, 1999; Houaiss, 2001; Littré & Gilbert, 1908; Stedman, 1979.

Fontes

Sources

I. Fontes impressas/*Printed sources*

Fonte	**Abreviatura**
ANAIS Brasileiros de Dermatologia, v.73, n.3, maio-jun., 1998.	Anais de Dermatologia, 1998
BARRETO, M. R. N., ARAS, L. M. B. de. Salvador, cidade do mundo: da Alemanha para a Bahia. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.151-72, jan./abr. 2003. ISSN 0104-5970.	Barreto & Aras, 2003
BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos*: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ed. UFRJ, 1999.	Benchimol, 1999
BENCHIMOL, J. L., SÁ, M. R. Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.10 (supplement 1), 2003.	Benchimol & Sá, 2003
BIER, O. *Bacteriologia e imunologia em suas aplicações à medicina e à higiene*. 8.ed. rev. ampl. São Paulo: Melhoramentos, 1957.	Bier, 1957
BROUARDEL, P., GILBERT, A. *Traité de médecine et de thérapeutique*. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1896. 2v.	Brouardel & Gilbert, 1896
CARDENAL, L. *Diccionario terminológico de ciências médicas*. 3.ed. Barcelona: Salvat, 1947.	Cardenal, 1947
CARDENAL, L. *Diccionário Terminológico de Ciências Médicas*. 5.ed. Barcelona: Salvat, 1954.	Cardenal, 1954
CARDENAL, L. *Diccionário Terminológico de Ciências Médicas*. 7.ed. Barcelona: Salvat, 1960.	Cardenal, 1960
CARNEIRO, G. *História da dermatologia no Brasil.* Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2002.	Carneiro, 2002
CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.III, n.3, p.391-408, nov.1996–fev.1997. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1997.	Carrara, 1997
CHARCOT, J. M., BOUCHARD, C. J. *Traité de médecine*. Tomo III. Paris: Masson, 1899-1905.	Charcot & Bouchard, 1899-1905

CLARO, L. B. L. *Hanseníase*. Representações sobre a Doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.	Claro, 1995
D'ELIA, R. *Diccionario medico encicyclopedico*. Rio de Janeiro: Braz Lauria, 1926.	D'Elia, 1926
DER GROSSE Brockhaus: sechzehnte, vollig neubearbeitete auflage in zwolf banden. Wiesbaden: F.A. Brockhaus, 1952-1960. 12v.	Der Grosse, 1952-1960
DORLAND, W. A. N. *The american illustrated medical dictionary*. 21.ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1947.	Dorland, 1947
EDLER, F. C. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.9, n.2, p.357-85, maio/ago. 2002. ISSN 0104-5970.	Edler, 2002
ENCICLOPÉDIA Nosso Século. s.l.: Visor, 2002.	Nosso Século, 2002
FERNANDES, M. C. *Métodos escolhidos de técnica microscópica*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943.	Fernandes, 1943
FITZPATRICK, T. B. et al. (Ed.) *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1971.	Fitzpatrick, 1971
FORTES, H. *Dicionário de têrmos médicos*: inglês-português. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica, 1958?	Fortes, 1958?
FREEDBERG, I. M., Ed., et al. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 5.ed. New York: McGraw-Hill, 2003. v.2.	Freedberg, 1999
GRANDE Enciclopédia Delta Larousse. (É. Gillon, Dir., et al.) Rio de Janeiro: Delta, 1971.	Larousse, 1971
GRANDE Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural, 1998.	Larousse, 1998
GRANT, J. *Hackh's Chemical Dictionary*. 3.ed. Philadelphia, Toronto: The Blakiston Company, 1944.	Grant, 1944
HAWLEY, G. G. *The condensed chemical dictionary*. 14.ed. New York: Reinhold, 1950.	Hawley, 1950
HOLLANDER, A. Paul Gerson Unna of Hamburg (1850-1929). In: HERZBERG, J. J. von, KORTING, G. W. *Zur Geschichte der deutschen Dermatologie*. Zusammengestellt aus Anlass des CMD, XVII Congressus Mundi Dermatologiae, 24-29 Mai 1987, Berlin. Berlin: Grosse, 1987.	Hollander, 1987

JACKSON, W. M. (Ed.) *Encyclopedia e diccionario internacional.* Lisboa, Rio de Janeiro, 1920/1935?	Jackson, 1920/ 1935?
JOLY, A. B. *Botânica*: introdução à taxonomia vegetal. 4.ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1977.	Joly, 1977
LANDOUZY, L., JAYLE, F. *Glossaire medical.* Paris: Masson, 1902.	Landouzy & Jayle, 1902
LELLO Universal: dicionário enciclopédico português. Porto: Chardron Porto, 1942. 4v.	Lello, 1942
LEMOS, F. C. Contribuição à história do Instituto Bacteriológico, 1892-1940. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, São Paulo, v.14 (nº especial), p.5-161, 1954.	Lemos, 1954
LITTRÉ, É., GILBERT, A. *Dictionnaire de médecine*: de chirurgie de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent. 21.ed. rev. ampl. Paris: J.-B. Baillière, 1908.	Littré & Gilbert, 1908
MIQUEL, P., CAMBIER, R. Traité de bacteriologie pure et appliquée à medicine et à l'hygiene. Paris: C. Naud, 1902.	Miquel & Cambier, 1902
MOREIRA, T. A. Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.10, suplemento 1, p.291-307, 2003.	Moreira, 2003
MOURA, R. M. Relembrando Anton de Bary e sua obra fitopatológica. *Fitopatologia Brasileira*, v.27, p.337-43, 2002.	Moura, 2002
MURRAY, H. M. (Ed.) *Quain's dictionary of medicine.* 3.ed. London: Longmans Green, 1910.	Murray, 1910
OBREGÓN TORRES, D. *Batallas contra la lepra*: Estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellin: Banco de La Republica, Universidad Eafit, 2002.	Obregón, 2002
OLPP, G. *Hervorragende Tropenärzte in Wort und Bild.* München: Verlag der ärztlichen Rundschau Otto Gmelin, 1932.	Olpp, 1932
PARASCANDOLA, J. Chaulmoogra oil and the treatment of leprosy. *Pharmacy in History*, v.45 (2003), p.47-57.	Parascandola, 2003
PAULIER, A. B. *Manuel de thérapeutique et de matière médicale*. 2.ed. (Revue, corrigée et augmentée). Paris: Octave Doin, 1882.	Paulier, 1882
PINTO, P. A. *Dicionário de termos médicos*. 5.ed. Rio de Janeiro: Científica, 1949.	Pinto, 1949

QUER, P. F. *Diccionario de Botánica*. Barcelona: Labor, 1965.	Quer, 1965
SARNO, E. N. A hanseníase no laboratório. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*, v.10, suplemento 1, p.277-90, 2003.	Sarno, 2003
SCHREIBER, W., MATHYS, F. K. *Infectio*: doenças infecciosas na história da medicina. São Paulo, Basiléia (Suíça): Roche, 1991.	Schreiber & Mathys, 1991
SILVEIRA, V. D. *Micologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.	Silveira, 1981
SOUZA ARAÚJO, H. C. *História da Lepra no Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956. v.1 e 3.	Souza Araújo, 1956
STEDMAN, T. L. *Stedman's medical dictionary*. 20.ed. Baltimore: Wavery, 1961.	Stedman, 1961
STEDMAN, T. L. *Stedman – Dicionário médico*. 23.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.	Stedman, 1979
TRONCA, I. A. *As máscaras do medo*. Lepra e Aids. Campinas: Ed. Unicamp, 2000.	Tronca, 2000
TURNER, F. M. *The Condensed Chemical Dictionary*. 4.ed. USA: Reinhold, 1950.	Turner, 1950
VERONESI, R. *Doenças infecciosas e parasitárias*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.	Veronesi, 1982
WEBSTER'S New Twentieth Century Dictionary of the English Language. Cleveland, New York: The World Publishing Company, 1971.	Webster, 1971
WEITZMAN, I., SUMMERBELL, R. C. The dermatophytes. *Clinical Microbiology Reviews*, American Society for Microbiology, v.8, n.2, Apr., 1995.	Weitzman & Summerbell, 1995
WILSON, D. E., REEDER, D. M. (Ed.) *Mammal species of the world*: a taxonomic and geographic. 2.ed. Washington: Smithsonian, 1993.	Wilson & Reeder, 1993
WYNGAARDEN, J. B. C. *Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 2v.	Wyngaarden, 1992

II. Fontes eletrônicas/*Electronic sources* (CD-ROM)

Fonte	**Abreviatura**
ENCYCLOPÆDIA Britannica 2001 Deluxe Edition (CD-rom). Encyclopædia Britannica Inc. and its licensors (1.ed, 1768-1771), copyright 1994-2001.	Encyclopædia Britannica, 2001
FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio eletrônico*: século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. CD-rom. Versão 3.0.	Ferreira, 1999
HOUAISS, A. (Dir.) *Dicionário Eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. CD-rom. Versão 1.0.	Houaiss, 2001
KOOGAN, A., HOUAISS, A. (Ed.). *Koogan-Houaiss digital 2004*. s.l.: Hyper Mídia, 2004. CD-rom.	Koogan-Houaiss, 2004

III. Fontes eletrônicas/*Electronic sources* (Internet)

Fonte	**Abreviatura**
LUPUS eritematoso sistémico: información general. In: ENCICLOPÉDIA ilustrada de salud. s.l.: s.n., 2000. Disponível em: pcs.adam.com/ ency/article/000435.htm Acesso em: 28 jan. 2004.	www.1
EL LUPUS eritematoso sistêmico (Lupus). In: METHODIST: the methodist hospital. Biblioteca de la Salud. Índice de temas de la salud. La artritis y otras enfermedades reumáticas. Disponível em: www.Methodisthealth.com/cgi-bin/hmdim/home/healthTopic.do?pageTypeId=536890449&action=SP&contentOid=1073791427 Acesso em: 15 abr. 2004.	www.2
MACCARI FILHO, M. et al. Paracoccidioidomicose: blastomicose sul americana, doença de Lutz ou doença de Lutz, Splendore, Almeida. In: NÚCLEO de informática biomédica. Campinas, SP: Unicamp, 2000. Disponível em: www.nib.unicamp.br/cov/casos/caso13/blasto_p.htm Acesso em: 12 mar. 2004.	www.3
LÍQUEN plano. In: DERMATOLOGIA.net. Doenças da pele. s.l.: s.n., 2004. Disponível em: www.dermatologia.net/Doenças/liquenplano.htm Acesso em: 9 jan. 2004.	www.4
SCARLET. In: The 1911 Edition Encyclopedia LoveToKnow, 2002-2003. Disponível em: 55.1911encyclopedia.org/S/SC/SCARLET.htm Acesso em: 10 maio 2004.	www.5
MAZZARELLO, P., CALIGARO, A. Giulio Bizzozero: a pioneer of cell biology. In: *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, v.2, n.10, out. 2001. Disponível em: www.nature.com/cgi- taf/DynaPage.taf?file=/nrm/journal/v2/n10/full/nrm1001-776a_fs.html Acesso em: 28 abr. 2004.	www.6
HISTORIA del hospital. In: Sitio Oficial del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Disponível em: www.sommer.gov.ar/histommer.html#1 Acesso em: 13 maio 2004.	www.7

CELEBRANDO 100 años de salud. www.8
In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud – Argentina.
Disponível em: www.ops.org.ar/Centenario/Heroes.htm
Acesso em: 13 maio 2004.

PIONEROS de la industria láctea argentina. www.9
In: LA SERENÍSIMA.
Disponível em: www.laserenisima.com.ar/PDF/02D.pdf
Acesso em: 13 maio 2004.

NARCOTICS: Opiates. Based in *Drugs in American Society*, www.10
4.ed., Erich Goode, McGraw-Hill, 1993. Chapter 11; and *Drugs, Society, and Human Behavior*, Ray and Ksir, Mosby, 1993.
Chapter 14.
Disponível em: www.umsl.edu/~rkeel/180/narcotic.html
Acesso em: 13 maio 2004.

A HISTÓRIA da papoula. www.11
Disponível em: geocities.yahoo.com.br/tiagohi2/opium.htm
Acesso em: 13 maio 2004.

MICHIGAN medical history, v.2. In: ANCESTRY.com: the largest www.12
collection of family history records on the web. s.l.: s.n., 2004.
Disponível em: search.ancestry.com/db-hbum1995b/P500.aspx
Acesso em: 18 fev. 2004.

HISTORIA del hospital. In: HOSPITAL Nacional www.13
Dr. Baldomero Sommer. Argentina: s.n., [1997].
Disponível em: www.sommer.gov.ar/histommer.html#1
Acesso em: 10 jan. 2004.

NERVAL'S diary: le voyageur enthousiaste observe... www.14
In: KARGER: medical and scientific. [Vienna]: s.n., s.d.
Disponível em: content.karger.com/ProdukteDB/Katalogteile/issn/_1018_8665/Nerval24.pdf
Acesso em: 13 jan. 2004.

BREDA Achille. In: ISTITUTO Veneto Di Scienze: lettere ed arti. www.15
Presentazione: Archivio Presidenti. Itália: s.n., s.d.
Disponível em: www.institutoveneto.it/presidenti/schede.php?ord=37&numrows=51
Acesso em: 12 jan. 2004.

BUSCHKE, A. In: WHO Named It: the world's most comprehensive www.16
dictionary of medical eponyms. s.l.: s.n., 2001.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1691.html
Acesso em: 12 jan. 2004.

CRYPTOCOCCOSIS. In: DOCTOR fungs. s.l.: s.n., 2004. www.17
Disponível em: www.doctorfungus.org/mycoses/human/crypto/Crypto_index.htm
Acesso em: 8 jan. 2004.

EPPINGER, S., MEURER, M., SCHOLZ, A. The emigration of Germany's Jewish dermatologists in the period of national socialism. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, Barcelona, v.17, n.5, Sept. 2003. www.18
Disponível em: www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1468-3083.2003.00828.x/full/
Acesso em: 8 jan. 2004.

WERNICKE, R. J. Posadas-Wernicke disease. In: WHO Named It. www.19
Disponível em: www.whonamedit.com/ synd. cfm/3062.html
Acesso em: 8 jan. 2004.

CALZADILLA, O. L. R. Manifestaciones mucocutáneas del líquen plano: revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol*, Cuba, v.39, n.2, 2002. www.20
Disponível em: bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est06202.htm
Acesso em: 14 jan. 2004.

PITIRIASIS Rubra Pilaris. In: ENFERMEDADES raras: IIER – Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. s.l.: s.n., 2004. www.21
Disponível em: cisat.isciii.es/er/prg/er_bus2.asp?cod_enf=2170
Acesso em: 14 jan. 2004.

ENFERMEDADES papuloescamosas de la piel L40 – L45. In: IQB: Instituto Químico Biológico. *Medciclopedia*: diccionario ilustrado de términos médicos. s.l.: s.n., 2004. www.22
Disponível em: www.iqb.es/patologia/e10_004.htm
Acesso em: 22 jan. 2004.

CLASIFICACIÓN Internacional de Enfermedades. In: ALGORITMO. s.l.: s.n., 2000. www.23
Disponível em: www.algoritmo.com.ar/salud/cie.asp?cod=L44&letra=L
Acesso em: 22 jan. 2004.

PITIRIASIS Rubra Pilaris. In: ENCICLOPEDIA Médica em español. Medline Plus: información de salud para usted. s.l.: s.n., 2002. www.24
Disponível em: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001471.htm
Acesso em: 22 jan. 2004.

BUSSE, O. In: WHO Named It. www.25
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1690.html
Acesso em: 12 jan. 2004.

GARCÍA, G. D. Transcendência de la obra científica del doctor Carlos J. Finlay en el 170º aniversario de su nascimiento. In: HABANA Radio: emisora de la oficina del historiador de la ciudad de la Habana. Cuba: s.n., 2002.
Disponível em: www.habanaradio.cu/Noticias/3-12/palabras.htm
Acesso em: 12 jan. 2004. www.26

KYLE, R. A. Amyloidosis: a convoluted story. *British Journal of Haematology*, London, v.114, n.3, sept.2001.
Disponível em: www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1365-2141.2001.02999.x/full/
Acesso em: 12 jan. 2004. www.27

NODE of Ranvier. In: FAST Health: interactive healthcare. Dictionary. s.l.: s.n., 2003.
Disponível em: www.fasthealth.com/affiliates/h_jh_al/dictionary/n/node_of_Ranvier.php
Acesso em: 12 jan. 2004. www.28

MARTINS, M. dos A. et al. Coccidioidomycosis in Brazil: a case report. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São Paulo, v.39, n.5, set./out., 1997.
Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46651997000500010&lng=en &en&nrm=isso
Acesso em: 8 jan. 2004. www.29

BLASTOMICOSE Norte-Americana: doença granulomatosa crônica.
Disponível em: www.gecities.com/Athens/Academy/2966/disciplinas/micologia/blasto.htm
Acesso em: 8 mar. 2004. www.30

HEBRA, F. von. Der arzt und seine künstler. In: DERMIS. Hebra Atlas. s.l.: s.n., 2002.
Disponível em: www.dermis.net/hebra/der_artz.htm
Acesso em: 13 jan. 2004. www.31

AN INTRODUCTION to Taxonomy: the bacteria. In: BLACK, J. G. *Microbiology*: principles and explorations. 5.ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. Cap. 9.
Disponível em: www.mansfield.ohio-state.edu/%7Esabedon/black09.htm
Acesso em: 29 jan. 2004. www.32

MICOSE: blastomicose. In: FUNGOS Patológicos: seres do bem e do mal. s.l.: s.n., s.d.
Disponível em: www.geocities.com/fungopat/Blastomicose
Acesso em: 30 jan. 2004. www.33

INFECÇÕES: infecções fúngicas. In: BERKOW, R. (Ed.) *Manual merck de informação médica*: saúde para a família. São Paulo, 2002. Secção 17. Cap. 185.
Disponível em: www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec17_185.htm
Acesso em: 30 jan. 2004. www.34

HOCHBERG, M. C. The history of lupus erythematosus. In: THE LUPUS Foundation of America. Education. s.l.: s.n., 2003.
Disponível em: www.lupus.org/education/articles/history.html
Acesso em: 30 jan. 2004. www.35

MEDICAL college history. In: RUSH University. Chicago: s.n., s.d.
Disponível em: www.rushu.rush.edu/medcol/history.html
Acesso em: 30 jan. 2004. www.36

HERRICK, J. B. In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2220.html
Acesso em: 30 jan. 2004. www.37

COCCIDIOIDOMYCOSIS. In: CDC: centers for disease control and prevention. Atlanta: s.n., 2003.
Disponível em: www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/coccidioidomycosis_t.htm
Acesso em: 8 jan. 2004. www.38

DR. ALEJANDRO POSADAS. In: I (ESPANA). España: s.n., 2002.
Disponível em: www.iespana.es/hospitalposadas/posad2.htm
Acesso em: 8 jan. 2004. www.39

VOLK, T. J. Tom Volk's Fungus of the Month for January 2002. In: TOM Volk's Fungi. USA: s.n., 2004. Disponível em: botit.botany.wisc.edu/toms_fungi/jan2002.html
Acesso em: 2 fev. 2004. www.40

SILVERMAN, M. *Los asombrosos alcaloides*: Pelletier y la quinina.
Disponível em: www.pharmaportal.com.ar/quinina.htm
Acesso em: 13 maio 2004 www.41

SCHRÖN'S GRANULE. In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary.
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandszSzdorlandzSzdmd_s_05zPzhtm
Acesso em: 7 mar. 2004. www.42

SABBATINI, R. M. E. A história das vitaminas: alimentos que salvam. *Nutri Web: revista eletrônica sobre nutrição*, São Paulo, v.2, n.1, jan./fev./mar. 2000.
Disponível em: www.epub.org.br/nutriweb/n0201/hipovitaminoses.htm
Acesso em: 9 fev. 2004. www.43

ÁCIDO Nicotínico: niacina, vitamina B3. In: BPR. *Guia de remédios*. 6.ed. s.l.: s.n., 2003. www.44
Disponível em: www2.uol.com.br/remedios /vit_acidonicotinico.htm
Acesso em: 9 fev. 2004.

CANTÙ, G. *L'Afghanistan è il maggiore produttore mondiale di eroina*. Oppio, l'arma in più degli integralisti islamici. www.45
Disponível em: old.lapadania.com/2001/ottobre/23/23102001p11a2.htm
Acesso em: 13 maio 2004.

SAVONA-VENTURA, C. History of microscopy in malta. In: ASPECTS of maltese medical history. London: s.n., s.d. www.46
Disponível em: www.geocities.com/hotsprings/2615/medhist/micro.html
Acesso em: 9 fev. 2004.

SÍFILIS: La maldición de Venus. In: PORTAL de História. España: s.n., s.d. www.47
Disponível em: www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/sifilis.asp
Acesso em: 4 fev. 2004.

ZIEMSSEN'S MOTOR POINT. In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary. www.48
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandsz SzdorlandzSzdmd_z_01zPzhtm
Acesso em: 7 mar. 2004.

TUBERCULOSIS: la «peste blanca». In: PORTAL de História. España: s.n., s.d. www.49
Disponível em: www.portaldehistoria.com/secciones/epidemias/tuberculosis.asp
Acesso em: 4 fev. 2004.

EPHEMEROASCUS verticillatus van emden. In: IFO Institute for Fermentation Osaka: IFO Biological Resources Database: Alphabetical Index: All Microorganisms. Japan: s.n., 2004. www.50
Disponível em: www.ifo.or.jp/ifodb/WZ06E.GP_Detail_ABC?id=F000859&grp=F
Acesso em: 4 fev. 2004.

MANDELBAUM, S. H., DI SANTIS, É. P., MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares, parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.78, n.5, set./out. 2003. www.51
Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000500002&lng=em&nrm=iso&tlng=pt
Acesso em: 4 jan. 2004.

RIXFORD, E. In: WHO Named It. www.52
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2578.html
Acesso em: 4 jan. 2004.

SIR ERASMUS WILSON: 1809-1844: Sir Erasmus Wilson, drawn by 'Spy', for Vanity Fair. In: VICTORIAN Turkish Baths: their origin, development, & gradual decline. s.l.: s.n., 1988. www.53
Disponível em: www.victorianturkishbath.org/2HISTORY/AtoZHist/HotAir/pix/ErasmusWilson_w.htm
Acesso em: 4 jan. 2004.

ERASMUS WILSON: british anatomist and dermatologist, 1880. In: SCIENCE & Society: picture library. s.l.: s.n., [2004]. www.54
Disponível em: www.nmsi.ac.uk/piclib/imagerecord.asp?id=10400213
Acesso em: 4 jan. 2004.

BEURMANN, C. L. de. In: WHO Named It. www.55
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1863.html
Acesso em: 30 abr. 2004.

TELLES FILHO, F. de Q. Blastomicose sul-americana paracoccidioidomicose. *Boletim Epidemiológico*, Paraná, v.4, n.14, inverno/2001. www.56
Disponível em: www.saude.pr.gov.br/Vigiepi/Boletim/inverno_2001/pcm_sesa.htm
Acesso em: 12 abr. 2004.

HEBRA, Ferdnand Ritter Von. In: AEIOU: the culture information system of bm: bwk. s.l.: s.n., [2003]. www.57
Disponível em: www.aeiou.at/aeiou.encyclop.h/h330927.htm
Acesso em: 30 jan. 2004.

MICOSES: histórico das principais descobertas acerca das micoses. s.l.: s.n., s.d. www.58
Disponível em: www.geocities.com/fungopat/Micoses
Acesso em: 12 mar. 2004.

PEREIRA, T. D. Criptococose. In: CCA – UFES: Centro de Ciências Agrárias da UFES. Espírito Santo: s.n., 2001. www.59
Disponível em: www.cca.ufes.br/cakc/criptococose.htm
Acesso em: 12 mar. 2004.

PELLIZZARI, E. E. Tópicos de micologia. In: HIPERTEXTOS del Área de la Biología. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste, 2004. www.60
Disponível em: www.biologia.edu.ar/micologia/archivospdf/01_micologia.pdf
Acesso em: 5 maio 2004.

EUZÉBY, J. P. List of Bacterial names with Standing in Namenclature – Genus Treponema. In: Société de Bactériologie Systématique et Vétérinaire (Society for Systematic and Veterinary Bacteriology), 2003.
Disponível em: www.bacterio.cict.fr/t/treponema.html
Acesso em: 5 maio 2004. www.61

YAWS. In: LOVE To Know Free Online Encyclopedia 1911. s.l.: s.n., 2003.
Disponível em: 5.1911encyclopedia.org./Y/YA/YAWS.htm
Acesso em: 5 maio 2004. www.62

KNORE, M., SCHWESINGER, G. One hundred years ago: the history of cryptococcosis in greifswald: medical mycology in the nineteenth century. In: NCBI: National Center for Biotechnology Information. *Literature Databases*: PubMed. National Library of Medicine. USA: Bethesda, 2004.
Disponível em:
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7739651&dopt=Abstract
Acesso em: 14 maio 2004. www.63

CAPDEVILA, D. E. F. (Dir). *Especialistas dermatologia.com*: formulación magistral: fórmulas para el tratamiento de la psoriasis. Viernes, Peru: s.n., [2004].
Disponível em: www.especialistasdermatologia.com/formulacion/psoriasis.asp
Acesso em: 14 maio 2004. www.64

LIQUEN obtuso. In: IQB: Instituto Químico Biológico. *Medciclopedia*: diccionario ilustrado de términos médicos. s.l.: s.n., 2004.
Disponível em: www.iqb.es/diccio/l/li.htm
Acesso em: 14 maio 2004. www.65

LICHEN-obtusus. In: DICTIONARY Barn: a medical dictionary. 2003.
Disponível em: www.dictionarybarn.com/LICHEN-OBTUSUS.php
Acesso em: 14 maio 2004. www.66

CAZENAVE, P. L. A. In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1978.html
Acesso em: 17 maio 2004. www.67

LEI Nº 9.010, de 29 de março de 1995.
Disponível em: wwwt.senado.gov.br/servlets/NJUR.Filtro?tipo=LEI&secao=NJUILEGBRAS&numLei=009010&data=19950329&pathServer=www1/netacgi/nph-brs.exe&seq=000
Acesso em: 20 abr. 2004. www.68

JADASSOHN, J. In: WHO Named It. www.69
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/743.html
Acesso em: 17 maio 2004.

ADDISON-BIERMER disease. In: WHO Named It. www.70
Disponível em: www.whonamedit.com/synd.cfm/103.html
Acesso em: 2 mar. 2004.

GLOSSY skin. In: MEDICAL Dictionary Search Engine. s.l.: s.n., 2004. www.71
Disponível em: www.books.md/G/dic/glossyskin.php
Acesso em: 2 mar. 2004.

GLOSSY skin. In: MERCK Source. Resource Library. DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary. s.l.: s.n., 2004. www.72
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/
cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandsz
SzdorlandzSzdmd_s_13zPzhtm
Acesso em: 2 mar. 2004.

OTTO HEUBNER. In: VANDERBILT Medical Center: hearts and minds. Leaders in infant nutrition (1866-1966). s.l.: s.n., 2003. www.73
Disponível em: www.mc.vanderbilt.edu/biolib/hc/infant_nutrition/
hcphototest.html
Acesso em: 17 maio 2004.

SHULMAN, L. E. In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2385.html www.74
Acesso em: 17 maio 2004.

HENCH, P. S. In: WHO Named It. www.75
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/711.html
Acesso em: 17 maio 2004.

UNDERSTANDING Lupus. In: HEALTH Leader: mutiny on the body. www.76
Disponível em: publicaffairs.uth.tmc.edu/hleader/archive/
generalhealth/011126
Acesso em: 17 maio 2004.

ESPAÑOL CANO, S. Toxicologia del mercurio: actuaciones preventivas en sanidad laboral y ambiental. www.77
In: JORNADA INTERNACIONAL, 26-28 set., 2001. Lima, Peru.
Sobre el impacto ambiental del mercúrio utilizado por la minería aurífera artesanal em Iberoamérica.
Disponível em: www.gama-peru.org/jornada-hg/espanol.pdf
Acesso em: 17 maio 2004.

PRAUN JÚNIOR, O. H.; BUSATO JÚNIOR, W. F. S. Cancro mole ou cancróide. In: *Guia Prático de Urologia*. Cap. 40. Disponível em: www.sbu-mg.org.br/guia/guia%20pratico%20-%20cap%2040.pdf Acesso em: 19 maio 2004. www.78

CANCRO mole. In: *Doenças sexualmente transmissíveis*. Disponível em: www.universidaids.ufal.br/dst5.htm Acesso em: 19 maio 2004. www.79

CANCRÓIDE. In: *Agentes infecciosos que afetam a genitália masculina*. Disponível em: www.uronews.org.br/72_uro/72_agentes.html Acesso em: 19 maio 2004. www.80

LABORATÓRIO de bacteriologia do estado de São Paulo. Disponível em: lepto.procc.fiocruz.br:8081/dic/verbetes/LABBACESP.htm Acesso em: 28 maio 2004. www.81

AGÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária/MS. *Diário Oficial da União*. Lista de medicamentos psicotrópicos. In: DICIONÁRIO de Especialidade Farmacêutica – DEF 01/02. Disponível em: www.cvs.saude.sp.gov.br/lista_me.html Acesso em: 5 maio 2004. www.82

AMERICAN Academy of Dermatology. Molluscum contagiosum. In: PUBLIC Resources. American Academy of Dermatology. Disponível em: www.aad.org/pamphlets/molluscum.html Acesso em: 11 maio 2004. www.83

AMERICAN Academy of Dermatology. Sarna. In: PUBLIC Resources. American Academy of Dermatology. Disponível em: www.aad.org/pamphlets_spanish/sarna.html Acesso em: 7 maio 2004. www.84

BOLZANI, M. da S., BOLZANI, V. da S. *Do Peru a Java*: a trajetória da quinina ao longo dos séculos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Química – SBQ, 2004. Disponível em: www.sbq.org.br/PN-NET/causo4.htm Acesso em: 11 maio 2004. www.85

CABRERA, J. L., PEREZ, A. I. G. Estructura de la artéria y formación de la placa de ateroma. In: *Bioquímica Clínica y patología molecular de las principales vías metabólicas*, parte II. Composición y metabolismo de lipoproteínas plasmáticas, 12. 2003/04. Disponível em: www2.uah.es/bioquimica/f-bcpmh/ateroma.htm Acesso em: 4 maio 2004. www.86

CHARCOT-LEYDEN Crystals. In: WHO Named It. www.87
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/29.html
Acesso em: 5 maio 2004.

CLORAL Hidratado de. In: SOCIEDAD Argentina de Pediatria. *Drogas*. www.88
Disponível em: www.sap.org.ar/organizacion/comitesnacionales/cefen/cd_neo/drogas/c/c8.htm
Acesso em: 5 maio 2004.

CLORAL HIDRATADO. In: FARMACÊUTICO VIRTUAL. Interações Medicamentosas. s.l.: s.n., 2004. www.89
Disponível em: www.farmaceuticovirtual.com.br/html/interamed.htm
Acesso em: 5 maio 2004.

COMMITTEE... Dr. William Ophüls. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1933, May; v.21, n.4, 150. www.90
Disponível em: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=234286 e em www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=234286&action=stream&blobtype=pdf
Acesso em: 19 maio 2004.

DE CICCO, L. H. S. Sarna. In: SAÚDE Vida on line. Índice Geral. www.91
Disponível em: www.saudevidaonline.com.br/sarna.htm
Acesso em: 7 maio 2004.

DERMATITE Herpetiforme. In: ASSOCIAÇÃO dos Celíacos do Brasil. *Doenças*. 2004. www.92
Disponível em: www.acelbra.org.br/portugues/dermatite.htm
Acesso em: 5 maio 2004.

DUHRING'S disease. In: WHO Named It. www.93
Disponível em: www.whonamedit.com/synd.cfm/1440.html
Acesso em: 5 maio 2004.

ECTIMA. In: CAMPOS, S. de. *Medicina Avançada*. São Paulo: Idelco, 2003. www.94
Disponível em: www.drashirleydecampos.com.br/noticias.php?noticiaid=5397&assunto=Dermatologia
Acesso em: 7 maio 2004.

HISTORIA del opio, morfina, heroína, metadona. In: *Conacedrogas.cl*. www.95
Disponível em: www.conacedrogas.cl/histo_droga/opio_morfinas_y_heroina.doc
Acesso em: 13 maio 2004.

ENCICLOPÉDIA Ilustrada de Saúde. Molusco contagioso. s.l.: Adam, 2001.
Disponível em: 216.162.46.141/ency/article/000826.htm
Acesso em: 11 maio 2004. www.96

ESCABIOSE: sarna. In: DERMATOLOGIA.net. Doenças da pele.
Disponível em: www.dermatologia.net/framesets/a_doencas.htm
Acesso em: 7 maio 2004. www.97

ESCABIOSIS: sarna. In: TUOTRO médico.
Disponível em: www.tuotromedico.com/temas/escabiosis_sarna.htm
Acesso em: 10 maio 2004. www.98

ENFERMEDADES mas corrientes: escarlatina.
In: GUÍA médica familiar. Barcelona: Planeta, 1997-1998.
Disponível em: www.explored.com.ec/guia/fas87.htm
Acesso em: 10 maio 2004. www.99

ESCARLATINA. In: *Via Médico*, 2003.
Disponível em: www.viamedico.com.br/Materias4/Escarlatina/escarlatina.htm
Acesso em: 10 maio 2004. www.100

FERNANDES, C. Gladys Rowena [Henry] Dick (1881-1963).
In: *Só biografias*, 2002.
Disponível em: www.sobiografias.hpg.ig.com.br/GladyRow.html
Acesso em: 10 maio 2004. www.101

FÍSICO e químico francês, Gay-Lussac... In: NAUTILUS.
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/biog/b0020.html
Acesso em: 8 jun. 2004. www.102

FONSECA, Z. A. da. Cava-cava. In: PLANTAMED.
Plantas por NP. Kawa-Kawa. s.l.: s.n., 2003.
Disponível em: www.plantamed.hpg.ig.com.br/PG/TEXTOS/NCP/Piper_methysticum.htm
Acesso em: 4 maio 2004. www.103

GABAUDAN, F. C. Ateroma.
In: *Diccinário médico-biológico etimológico*.
Términos médico-biológicos. [España]: s.n., 2002.
Disponível em: clasicas.usal.es/dicciomed
Acesso em: 3 maio 2004. www.104

GEYER Medicamentos. *Peptona bacteriológica geyer*.
Porto Alegre, RS: ADMIROR, s.d.
Disponível em: www.geyermed.com.br/cultura_c.html
Acesso em: 11 maio 2004. www.105

GIRALDI, G. A., FEIJÓO, R. A. Aterosclerose. www.106
In: *Aspectos fisiológicos e simulação numérica.*
Petrópolis, RJ: LNCC, [2002].
Disponível em: virtual01.lncc.br/monografia/monografia0/node8.html
Acesso em: 3 maio 2004.

HANSON, D., DIVEN, D. G. Molluscum Contagiosum. www.107
Dermatology Online Journal, v.9, n.2, p.2, Primary Health, Boise, Idaho, USA.
Disponível em: dermatology.cdlib.org/92/reviews/molluscum/diven.html
Acesso em: 5 maio 2004.

QUINCKE, H. I. In: WHO Named It. www.108
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/504html
Acesso em: 11 maio 2004.

IODO radioativo. Dicionário quimicamente falando. www.109
In: LIVRARIA & curso personalizado. Prof. Rossetti & Química.
Disponível em: www.rossetti.eti.br/dicuser/
detalhe.asp?vnome=iodo&Submit=procurar+por+palavra&
vfim=26&vini=1&vcodigo=2196
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO. Dicionário quimicamente falando. www.110
In: LIVRARIA & curso personalizado. Prof. Rossetti & Química.
Disponível em: www.rossetti.eti.br/dicuser/
detalhe.asp?vnome=iodo&Submit=procurar+por+
palavra&vfim=26&vini=1&vcodigo=311
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO: acção biológica... In: NAUTILUS. www.111
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/elem/e05340.html
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO: aplicações... In: NAUTILUS. www.112
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/elem/e05330.html
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO: ocorrência… In: NAUTILUS. www.113
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/elem/e05320.html
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO: propriedades: elemento… In: NAUTILUS. www.114
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/elem/e05391.html
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODO... In: NAUTILUS. www.115
Disponível em: nautilus.fis.uc.pt/st2.5/scenes-p/elem/e05300.html
Acesso em: 8 jun. 2004.

IODOFÓRMIO. Dicionário quimicamente falando. www.116
In: LIVRARIA & curso personalizado. Prof. Rossetti & Química.
Disponível em: www.rossetti.eti.br/dicuser/detalhe.asp?vini=9&vfim=91&vcodigo=1722
Acesso em: 9 jun. 2004.

IODOFÓRMIO. In: INODON Laboratório. www.117
Disponível em: www.inodon.com.br/Iodo.htm
Acesso em: 9 jun. 2004.

CHARCOT, J. M. In: WHO Named It. www.118
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/19.html
Acesso em: 5 maio 2004.

KAUFMAN, C. L., YOON, S. W. Molluscum Contagiosum. www.119
In: EMedicine. Instant Acess to the Minds of Medicine, 2004.
Disponível em: www.emedicine.com/derm/topic270.htm
Acesso em: 5 maio 2004.

KENT, A. T. Oral History Project of the Marin County Free Library. www.120
In: County of Marin, 2004.
Disponível em: www.co.marin.ca.us/depts/lb/main/crm/oralhistories/pthompsonft.pdf
Acesso em: 18 maio 2004.

LAVAL R., E. Thomas Sydenham y la individualización de la escarlatina. *Revista chilena de infectología*, v.20, suppl.notashist, Santiago, 2003. www.121
Disponível em: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200027&lng=en&nrm=iso&tlng=es
Acesso em: 10 maio 2004.

DUHRING, L. A. In: WHO Named It. www.122
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1416.html
Acesso em: 5 maio 2004.

BROCQ, L.-A.-J. In: WHO Named It. www.123
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/80.html
Acesso em: 12 maio 2004.

MEDICAÇÃO intracanal. In: RUIZ, P. A. (Dir.) *Endodontia on-line*. www.124
Disponível em: www.endodontia.org/medicacao.htm
Acesso em: 9 jun. 2004.

MEDICAMENTOS psicotrópicos. Centro de Formação das Escolas do Concelho de Valongo, 2000. www.125
Disponível em: www.cfvalongo.rcts.pt/contra-a-droga/medicamentos.htm
Acesso em: 10 maio 2004.

MICOSIS superficialis. In: Monografias.com. www.126
Disponível em: www.monografias.com/trabajos10/
misu/misu.shtml#pi
Acesso em: 4 maio 2004.

SCARANI, P. *Spiando le cellule al lavoro*: Julius Conheim. www.127
Disponível em: medinfo.cancer.unibo.it/CCDLMC/Didattica/
Documenti/Lezioni/julius%20Cohnheim.pdf
Acesso em: 7 mar. 2004.

PEPTONAS. In: CONDA. Pronadisa. www.128
Disponível em: www.pronadisa.com/runtime/
mostrarpagina.asp?idniv=374
Acesso em: 11 maio 2004.

PEREIRA, L. B. Doenças exantemáticas: a visão do dermatologista. www.129
In: CURSO Nestlé de atualização em pediatria, 57.
Belo Horizonte, jun. 2000. Congresso. Doenças exantemáticas.
Disponível em: www.pediatra24horas.com.br/congresso3.htm
Acesso em: 5 maio 2004.

PIODERMITES estreptocócicas: ectima. www.130
In: CURSO Virtual de Dermatologia Básica (Unifesp).
Disponível em: www.virtual.epm.br/cursos/dermabas/aula03/ectima.htm
Acesso em: 11 maio 2004.

PIPER Methysticum. www.131
In: PIONEER Enterprise. Mumbai, India: s.n., 2000.
Disponível em: www.pioneerherbs.com/piper_methysticum.htm
Acesso em: 4 maio 2004.

QUINCKE'S oedema. In: WHO Named It. www.132
Disponível em: www.whonamedit.com/synd.cfm/482.html
Acesso em: 11 maio 2004.

GUSMÃO, S. S. *Pavie*: um dos pioneiros da moderna medicina www.133
de Minas Gerais.
Disponível em: www.medicina.ufmg.br/cememor/pubpav.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

ROLLA, L. T. The Eclectic Practice of Medicine: Scarlet Fever. www.134
In: *Henriettes's Herbal Homepage*. Herbal medicine and culinary
herbs: one of the oldest and largest herbal information sites on the net.
Disponível em: www.ibiblio.org/herbmed/eclectic/thomas/scarlatina.html
Acesso em: 10 maio 2004.

SALOL. In: RAFE: informação e saúde. www.135
Enciclopédia Saúde. s.l.: s.n., 2002.
Disponível em: www.rafe.com.br/enciclopedia/sa_sc.asp
Acesso em: 12 maio 2004.

SARNA. In: THE CENTER for Young Women's Health Children's Hospital Boston. Boston: Children's Hospital , 2004. www.136
Disponível em: www.youngwomenshealth.org/spscabies.html
Acesso em: 10 maio 2004.

HOW aspirin turned hero. In: *Opioids*: past, present and future. www.137
Disponível em: opioides.com/heroin/heroinhistory.html
Acesso em: 13 maio 2004.

TINTURA de iodo. Dicionário quimicamente falando. www.138
In: LIVRARIA & curso personalizado. Prof. Rossetti & Química.
Disponível em: www.rossetti.eti.br/dicuser/
vra&vfim=26&vini=1&vcodigo=1838
Acesso em: 8 jun. 2004.

UPHOLD, C., GRAHAM, M. Molluscum contagiosum. www.139
In: *Clinical guidelines in family practice.* 3.ed. s.l.:
Barmarrere Books, 1998.
Disponível em: www.mckinley.uiuc.edu/
health%2Dinfo/dis%2Dcond/commdis/moll%2Dcon.html
Acesso em: 11 maio 2004.

VICTOR BABES. In: ICI. Romênia: s.n., 2004. www.140
Disponível em: www.ici.ro/romania/science/babes.html
Acesso em: 12 maio 2004.

QUINCKE, H. I. In: WHO Named It. www.141
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/504.html
Acesso em: 11 maio 2004.

www.142
ATEROMA. In: *Las Enfermedades.*
Disponível em: www.lasenfermedades.com/index.php?op=view&t=482
Acesso em: 3 maio 2004.

HARMSEN, D. Eine kurze Geschichte der Hygiene und Mikrobiologie an der Universität Würzburg. www.143
Disponível em: www.hygiene.uni-wuerzburg.de/geschichte/geschichte.html
Acesso em: 11 mar. 2004.

NOÇÕES básicas sobre fungos. www.144
In: SABIO. Instituto Biológico. s.l.: s.n., s.d.
Disponível em: www.geocities.com/~esabio/mario/nocoesbasicas.htm
Acesso em: 20 maio 2004.

MICOLOGIA. In: OLIVEIRA, L. *Resumo sobre Micologia do curso de Botânica I da Universidade do Planalto Catarinense* (Uniplac). Disponível em: www.google.com.br/search?q=cache:tKI9cOrz75MJ:www.uniplac.net/disciplinas/Botanica/resumos/micologia.doc+Oomycota+%22fungos+imperfeitos%22&hl=pt-BR
Acesso em: 20 maio 2004. — www.145

BIOGRAPHY of Ludvig Hektoen. In: *Special Collections*: University of Illinois at Chicago – UIC. Chicago, 2004.
Disponível em: www.uic.edu/depts/lib/specialcoll/services/lhsc/ead/LHS-EAD-1b.html#series1
Acesso em: 20 maio 2004. — www.146

LAFEPE. Iodeto de potássio. In: LAFEPE medicamentos. *A marca da saúde*. Lista de medicamentos. s.l.: s.n., 2004.
Disponível em: 200.238.74.149/medicamentos/medicamentos/expectorantes/iodeto_de_potassio.shtm
Acesso em: 19 maio 2004. — www.147

NEVES, A. F. da S. *Tabela Periódica*. Classificação periódica dos elementos. Belo Horizonte: s.n., 2004.
Disponível em: www.tabelaperiodica.hpg.ig.com.br/k.htm
Acesso em: 18 maio 2004. — www.148

MÉTODO Canova. Métodos. In: *Farmácia Homoeterápica*. Paraná: s.n., 2000.
Disponível em: www.homeoterapica.com.br/canova/mecanismos.htm
Acesso em: 19 maio 2004. — www.149

ARSENICO y compuestos relacionados. In: HASMAT. Comision Nacional del Medio Ambiente del Gobierno del Chile. Santiago: s.n.
Disponível em: www.hazmat.cl/HTML/Centro_Doc_Arsenico.htm
Acesso em: 19 maio 2004. — www.150

RAMÍREZ, P. H. Cartas al Director. Renacimiento de un viejo medicamento. Empleo del arsénico en el tratamiento de la leucemia promielocítica. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*, v.16, n.1, p.67-9, ago. 1999.
Disponível em: bvs.sld.cu/revistas/hih/vol16_1_00/hih09100.htm
Acesso em: 19 maio 2004. — www.151

PITIRIASIS rubra pilaris: psoriasis que no lo es. www.152
In: *Correo Faramaceutico.com*. [España]: s.n.
Disponível em: www.correofarmaceutico.com/edicion/noticia/0,2458,484148,00.html
Acesso em: 19 maio 2004.

LICHEN acuminatus. www.153
In: DICTIONARYBARN. A medical dictionary. USA: s.n., 2002.
Disponível em: www.dictionarybarn.com/LICHEN-ACUMINATUS.php
Acesso em: 19 maio 2004.

CIRURGIA geral: hernias y entravenciones. www.154
Disponível em: sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_i/Cap_23-1_Hernias%20y%20Eventraciones.htm
Acesso em: 13 maio 2004.

PERSONENSTAMMKARTE. Wucherer, O. E. H. www.155
In: WURECHER Genealogie.
Disponível em: www.wurecher-wolfgang.de/reutlingen/karte_6195.htm
Acesso em: 19 maio 2004.

PIODERMITES: foliculites secundárias: furunculose. www.156
In: CURSO Virtual de Dermatologia Básica (Unifesp).
Disponível em: www.virtual.epm.br/cursos/dermabas/aula03/furunculose.htm
Acesso em: 11 maio 2004.

DOENÇAS da pele: escabiose (sarna). www.157
In: Dermatologia.Net.
Disponível em: www.dermatologia.net/Doencas/sarna.htm
Acesso em: 11 maio 2004.

CÁCERES, J. M. S. de L. www.158
In: *Arboles Ornamentales*. Glossário de Botânica., s.l.: s.n.
Disponível em: www.arbolesornamentales.com/glosario.htm#C
Acesso em: 17 abr. 2004.

SCHÖNLEIN'S tricophyton. www.159
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/synd.cfm/345.html
Acesso em: 16 mar. 2004.

MICROCOCCACEAE. In: The Free Dictionary.com. s.l.: s.n., 2004. www.160
Disponível em: www.thefreedictionary.com/Micrococcaceae
Acesso em: 5 mar. 2004.

THE CURES. Female Genital Mutilation. www.161
Disponível em: www.postfun.com/pfp/masturbation/index.php?file=11
Acesso em: 7 mar. 2004.

THE CONCEPT Of Bioelectromagnetism. www.162
Disponível em: butler.cc.tut.fi/~malmivuo/bem/bembook/01/01.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

QUEBRACHO. www.163
In: COLUMBIA Encyclopedia, 6.ed. New York: Columbia University, 2002.
Disponível em: www.encyclopedia.com/html/q1/quebrach.asp
Acesso em: 10 mar. 2004.

ENFERMIDADE faz vítimas desde o século XV. www.164
In: *Jornal do Comércio Online*.
XV, Recife, 22 abr.1998.
Disponível em: www2.uol.com.br/JC/_1998/2204/cd2204h.htm
Acesso em: 26 abr. 2004.

KLEBS, E. In: COLUMBIA Encyclopedia, 6.ed. www.165
New York: Columbia University, 2002.
Disponível em: www.encyclopedia.com/html/K/Klebs-E1d.asp
Acesso em: 7 mar. 2004.

UFFELMANN'S Test. www.166
In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary.
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/
cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandsz
SzdorlandzSzdmd_t_05zPzhtm#1124811
Acesso em: 7 mar. 2004.

UFFELMANN'S Test. www.167
In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary.
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/
cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonz
SzdorlandszSzdorlandzSzdmd_u_01zPzhtm
Acesso em: 7 mar. 2004.

EUZÉBY, J. P. *List of Bacterial Names with Standing in Nomenclature*. www.168
Disponível em: www.bacterio.cict.fr/alsz.html
Acesso em: 29 abr. 2004.

AZULAY, R. D. Nascimento da dermatologia. www.169
In: *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro. v.78, n.5, set-out. 2003.
Disponível em: www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17567.pdf
Acesso em: 26 fev. 2004.

MYXOMYCETES. www.170
In: The Free Dictionary.com. s.l.: s.n., 2004.
Disponível em: encyclopedia.thefreedictionary.com/Myxomycetes
Acesso em: 26. fev. 2004.

STEPHENSON, S. *Myxomycetes & other Slime Molds*. www.171
Fairmont State College: Fairmont, West Virginia.
Disponível em: www.discoverlife.org/nh/tx/Slime_Molds/
Acesso em: 26 fev. 2004.

LES MYXOMYCÈTES ou mycétozoaires. www.172
Disponível em: cgdc3.igmors.u-psud.fr/microbiologie/myxomycete.htm
Acesso em: 26 fev. 2004.

STURTEVANT, R. *Great Lakes Blue-Green Algae Species List*. www.173
Disponível em: www.glerl.noaa.gov/seagrant/GLWL/Algae/Cyanophyta/Cyanophyta.html
Acesso em: 29 abr. 2004.

PSORÍASE. www.174
Disponível em: www.hc.ufpr.br/acad/clinica_medica/dermatologia/psoriase.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

WALLACH, D. Les inoculations dans l'histoire des maladies vénériennes. In: BIBLIOTHÈQUE Interuniversitaire de Médecine – BIUM, France, 2003. www.175
Disponível em: www.bium.univ-paris5.fr/sfhd/ecrits/inocul.htm
Acesso em: 3 maio 2004.

E-CATALOG – The Bernard Becker Medical Library. www.176
Washington University School of Medicine.
Disponível em: medcat.wustl.edu/cgi/ecd.cgi?0:WUM:ECDZR:451262
Acesso em: 7 mar. 2004

DOSSIERS BIOGRAPHIQUES. www.177
Disponível em: www.pasteur.fr/infosci/archives/f-bio.html
Acesso em: 2 mar 2004.

LELOIR, H. C. C. www.178
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1980.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

RIZZI, M. *Historia de los Congresos Internacionales de Otologia*. www.179
Disponível em: webs.montevideo.com.uy/sociorlu/revista2/an02art06.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

ANNO 1703
Disponível em: www.cronologia.it/storia/aa1703.htm www.180
Acesso em: 7 mar. 2004.

MEYERS Konversations-lexikon. www.181
In: APACHE Tomcat/4.1.27.
Disponível em: susi.e-technik.uni-ulm.de:8080/meyers/servlet/showSeite?ID=1018808219997&BandNr=15
Acesso em: 7 mar. 2004.

BLOTZER, W. J., ROSE, B. A history of systemic lupus erythematosus. In: LUPUS Trust of New Zealand. www.182
Disponível em: www.lupus.org.nz/history.html
Acesso em: 19 abr. 2004.

SIERRA, M. D. The history of lupus erythematosus. www.183
In: TISCALI pages perso.
Disponível em: www.chez.com/sfhd/ecrits/histle1.htm
Acesso em: 19 abr. 2004.

CASTILHO, G. Pénfigo. In: *Entorno Medico*, Chile: s.n. www.184
Disponível em: www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfa-omega/penfigo.html
Acesso em: 19 abr. 2004.

GOLDMAN, M. V. A. A. Complejo pénfigo. www.185
In: *Mascotia*, s.l.: s.n., 2000.
Disponível em: www.mascotia.com/articulos/1326.htm
Acesso em: 19 abr. 2004.

TAMARIT, R. Pénfigo. www.186
In: *Dermatoweb*. Hospital Universitari Arnaw de Vilanova de Lleida.
Disponível em: www.udl.es/usuaris/dermatol/ProtocolosWeb/Ampollosas/Autoinmunes/Penfigo.html
Acesso em: 19 abr. 2004.

JORDON, R. Pemphigus: A Historical Perspective. www.187
In: INTERNATIONAL Pemphigus Foundation: s.n.
Disponível em: www.pemphigus.org/am_history.html
Acesso em: 19 abr. 2004.

SHAPIRO, S. Pemphigus and Autoimmune Disease. www.188
University of Oregon, USA.
Disponível em: www.uoregon.edu/~sshapiro/Pemphigus/DefinePemphigusAndAutoImmuneDisease.html#Development%20of%20the%20Term%20Pemphigus
Acesso em: 19 abr. 2004.

PNEUMOCOCCAL Disease. www.189
In: *GlaxoSmithKline Vaccines*.
Disponível em: gskvaccines.com/vaccines/pages/disease_summary.jsp?disease=PNEUMOCOCCAL
Acesso em: 19 abr. 2004.

KAPOSI, M. K. www.190
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/621.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

KOEBNER'S PHENOMENON. www.191
In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary.
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/
cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandsz
SzdorlandzSzdmd_p_17zPzhtm#10110142
Acesso em: 7 mar. 2004.

KOEBNER'S PHENOMENON. www.192
In: DORLAND'S Illustrated Medical Dictionary.
Disponível em: www.mercksource.com/pp/us/cns/
cns_hl_dorlands.jspzQzpgzEzzSzppdocszSzuszSzcommonzSzdorlandsz
SzdorlandzSzdmd_k_04zPzhtm
Acesso em: 7 mar. 2004.

KIMBALL, J. H. *Mamiya Heritage Medical Center*. www.193
Disponível em: hml.org/mmhc/mdindex/kimball.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

FERNANDES, T. M. D., ALMEIDA, A. B. de S., NASCIMENTO, D. R. do. *Memória da Tuberculose*: Introdução. www.194
In: Casa de Oswaldo Cruz: s.n.
Disponível em: www.coc.fiocruz.br/tuberculose/introducao.htm
Acesso em: 17 maio 2004.

CONHECENDO a Tuberculose: Segunda Parte. www.195
In: BOA SAÚDE, s.l.: s.n., 2000.
Disponível em: boasaude.uol.com.br/lib/
ShowDoc.cfm?LibDocID=2790&ReturnCatID=1766
Acesso em: 17 maio 2004.

VACINAS só foram obtidas de forma científica no século XIX. www.196
In: *Ciência e tecnologia*: Informativo Semanal da Radiobrás: s.n., 2004.
Disponível em: www.radiobras.gov.br/ct/2000/materia_061000_2.htm
Acesso em: 17 maio 2004.

ESTREPTOMICINA. www.197
In: WIKIPEDIA. La Enciclopedia Libre. s.l.: s.n.
Disponível em: es.wikipedia.org/wiki/Estreptomicina
Acesso em: 17 maio 2004.

TEBB, W. Leprosy Communicable By Inoculation. www.198
Cap. 3. *The Recrudescence Of Leprosy And Its Causation.*
London: Swan Sonnenschein & Co, 1893.
Disponível em: www.whale.to/v/tebb/3.html
Acesso em: 26 mar. 2004.

CZERMAK, J. N. www.199
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1837.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

HISTORY OF ANTIBIOTICS. www.200
Disponível em: http://www.arches.uga.edu/~aminj/HISTORY.html
Acesso em: 17 maio 2004.

HISTORY OF COCAINE. www.201
Disponível em: www.cocamuseum.com/htm/historycocaine.htm
Acesso em: 12 abr. 2004.

HANSENÍASE. www.202
Disponível em: www.funasa.gov.br
Acesso em: 12 fev. 2004.

MARCHIAFAVA, E. www.203
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor/cfm/2478.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

ARNING, E. C. *Mamiya Heritage Medical Center.* www.204
Disponível em: hml.org/mmhc/mdindex/arning.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

FISHER, M. C. et al. Molecular and phenotypic description of www.205
Coccidioides posadasii sp. nov., previously recognized as
the non-California population of *Coccidioides immitis.*
In: *Micologia.* The Mycological Society of America, v.94, n.1, 2002, p.73-84.
Disponível em: plantbio.berkeley.edu/~taylor/ftp/fisher2002a.pdf
Acesso em: 26 maio 2004.

POSADAS-WERNICKE disease. www.206
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/synd.cfm/3062.html
Acesso em: 27 maio 2004.

PROF. Dr. Alejandro Posadas. www.207
In: HOSPITAL Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas.
Disponível em: www.hospitalposadas.org.ar/informac/historia/posadas.htm
Acesso em: 27 maio 2004.

WEYERS, W. *Death of Medicine in Nazi Germany*. www.208
Disponível em: www.haciendapub.com/weyers.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

PIER ANDREA SACCARDO (1845-1920). www.209
In: ILLINOIS Mycological Association.
Disponível em: www.ilmyco.gen.chicago.il.us/Authors/Saccardo24.html
Acesso em: 27 maio 2004.

PIER ANDREA SACCARDO (1845-1920). www.210
In: COMUNE di Volpago del Montello.
Disponível em: www.comune.volpago-del-montello.tv.it/pages/storia00.htm
Acesso em: 1 jun. 2004.

MEYERS Konversations-lexikon. In: APACHE Tomcat/4.1.27. www.211
Disponível em: susi.e-technik.uni-ulm.de:8080/meyers/servlet/showSeite?ID=1021196417553&BandNr=16
Acesso em: 7 mar. 2004.

MADI, P. C. Psoríase. www.212
In: NIB – Núcleo de Informática Biomédica da Unicamp.
Disponível em: www.nib.unicamp.br/svol/artigo65.htm
Acesso em: 1 jun. 2004.

SOCIEDADE Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. www.213
Padrão de reação cutânea (Parte II). In: GAPIP – Grupo de Apoio, Pesquisa e Informação da Psoríase.
Disponível em: www.gapip.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=178
Acesso em: 1 jun. 2004.

O QUE é psoríase. www.214
In: CBP – Centro Brasileiro de Psoríase.
Disponível em: www.centrobrasileirodepsoriase.med.br/principal.asp?txt_item=oq
Acesso em: 2 jun. 2004.

SABBAG, C. Y. O QUE é psoríase? www.215
In: ABEAPP – Associação Brasileira de Estudos e Assistência às Pessoas com Psoríase.
Disponível em: www.abeapp.org.br/psoriase/oqueepsoriase.php
Acesso em: 2 jun. 2004.

UNIVERSIDADE Federal de São Paulo – Unifesp. PSORÍASE. www.216
In: Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional São Paulo.
Disponível em: www.sbd-sp.org.br/publico/artigos/art7.asp
Acesso em: 2 jun. 2004.

SÍFILIS. In: *Trabescol.* www.217
Disponível em: www.brasil.terravista.pt/Ipanema/3826/
TrabsNovos/Sifilis.doc
Acesso em: 4 jun. 2004.

SERRA, H. A. A história dos antibióticos. www.218
In: RAÇÕES Lourenço: carinho e dedicação aos animais.
Disponível em: www.racoeslourenco.hpg.ig.com.br/antibioticos.htm/
Acesso em: 4 jun. 2004.

HISTORIA de las enfermedades: sífilis – gonorrea. www.219
In: *Revista Medica.8m.*
Disponível em: www.revistamedica.8m.com/histomed111A.htm/
Acesso em: 7 jun. 2004.

SYPHILIS. www.220
In: COLUMBIA Encyclopedia. 6.ed. New York:
Columbia University Press, 2001.
Disponível em: www.bartleby.com/65/sy/syphilis.html
Acesso em: 7 jun. 2004.

SÍFILIS: historia. www.221
In: *Salón Hogar*: Canal Educativo.
Disponível em: www.salonhogar.com/ciencias/biologia/
venereas/sifilishistoria.htm
Acesso em: 8 jun. 2004.

EL MÉTODO de Wassermann detecta el agente de la www.222
sífilis: demostró eficacia para verificar la existencia de la infección.
In: Diario Medico.
Disponível em: www.diariomedico.com/medicinasiglo/noticia1906.html
Acesso em: 9 jun. 2004.

UNNA, P. G. In: WHO Named It. www.223
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/1698.html
Acesso em: 5 maio 2004.

THE PARASITE. www.224
Disponível em: stevenlehrer.com/explorers/chapter_6-4.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

WERNICKE, R. J. In: WHO Named It. www.225
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2577.html
Acesso em: 14 jun. 2004.

A SPOONFUL OF SUGAR? www.226
Disponível em: cocaine.org/cokespoon.htm
Acesso em: 12 abr. 2004.

NEISSER, A. L. S. www.227
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2441.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

MAFFUCCI, A. WHO Named It. www.228
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/631.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

BIOGRAPHISCHE DATEN. Materialien Zu Oskar Panizza. www.229
Disponível em: www.wolfgang-rieger.de/OnlineTexte/
Panizza/Panizza.htm
Acesso em: 7 mar. 2004.

BOECK, C. W. www.230
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2320.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

DANIELSSEN, D. C. www.231
In: WHO Named It.
Disponível em: www.whonamedit.com/doctor.cfm/2321.html
Acesso em: 7 mar. 2004.

COCAÍNA. www.232
In: *Brasil escola.*
Disponível em: www.brasilescola.com/drogas.cocaina.htm
Acesso em: 12 abr. 2004.

Índices

Indexes

Algarismos romanos designam os livros do presente
volume da Obra Completa de Adolpho Lutz.

Roman numerals refer to the books of the present
volume of Adolpho Lutz´s Complete Works.

Index

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Z

Index

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

Índice

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z